

UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Saberes en salud bucal de la población con discapacidad en la comunidad indígena Misak (Guambiano)

Sandra Milena González Yalanda

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Especialidad Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

Saberes en salud bucal de la población con discapacidad en la comunidad indígena Misak (Guambiano)

Sandra Milena González Yalanda
Odontóloga

Trabajo final presentado como requisito parcial para obtener el título de
Especialista Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar

Directora: Dra. Ángela Liliana Grandas Ramírez
Profesora Asociada Universidad Nacional de Colombia
Odontóloga, Estomatóloga Pediatra, Mg. Discapacidad e Inclusión Social
Universidad Nacional de Colombia

Codirector: Dr. Herney Alonso Rengifo Reina
Profesor Ocasional Universidad Nacional de Colombia
Ortodoncista, U.N., Mg. Salud Pública, Mg. Epidemiología U. Valle

Grupo de investigación Salud Infantil
Línea Investigación Discapacidad

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Especialidad Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá, Colombia
2016

Dedicatoria

A Dios y a mis padres, quienes con su incondicional apoyo, siempre han estado ahí.

Que esta sea la semilla de la cual germinen más y más proyectos encaminados al bienestar y la pervivencia de nuestros pueblos indígenas en Colombia; Personas doblemente vulneradas cuando en medio de ellas yace algún tipo de discapacidad.

Agradecimientos

Gratificante poder culminar el trabajo de grado, gracias a Dios y a cada una de las personas que hicieron parte de ello.

Es un honor para mí, iniciar agradeciendo a la Doctora Ángela Liliana Grandas Ramírez Estomatóloga Pediatra y Mg. Discapacidad e Inclusión Social, por su dedicación y entrega en el estudio; directora del trabajo de grado y docente de la clínica de niños y niñas con discapacidad del Hospital de la Misericordia, quien infundó durante nuestra formación esa parte humana hacia las personas con discapacidad. Motivante proceso que permitió llegar al Resguardo de Guambia y desarrollar un estudio desde mi campo como residente de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar de la Universidad Nacional y miembro de la Comunidad Indígena Misak.

Gracias a cada una de las cuidadoras, a cada uno de los cuidadores de personas con discapacidad y a cada una de las personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak, por dedicarnos parte de su tiempo y permitir escuchar sus vivencias, sus saberes y ser parte fundamental en el desarrollo de nuestro trabajo.

Gracias al Hospital Mama Domingo participes en la iniciativa de poder llevar cabo nuestro estudio, al director del Hospital Floro Alberto Tunubala Paja y a la enfermera jefe Marleny Morales, por facilitar personal de trabajo que permitió llegar a cada una de las familias de personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia.

Gracias a las autoridades mayores (Cabildo Resguardo Indígena de Guambia) periodo de mandato 2015 y 2016; por permitir adéntranos en el Resguardo y llevar a cabo nuestro estudio.

Gracias a la Universidad Nacional y la facultad de Odontología, por su incondicional apoyo en mi estancia como residente de especialización; por la ayuda financiera mediante la "Convocatoria estímulo a la investigación Facultad de Odontología 2016-1" lo que facilitó económicamente realizar parte de nuestro estudio. Los lazos creados por la Universidad Nacional y Resguardo Indígena de Guambia coexistan y permitan continuar con más estudios desde diferentes campos a favor de las necesidades de las cuidadoras, cuidadores y personas con discapacidad del Resguardo.

Finalmente agradecimientos a cada uno de mis familiares en especial a mis padres y hermana, amigos que cerca o lejos de mi ciudad de estudio estuvieron ahí, compañeros de residencia en especial a Cinthya Solórzano quien acepto emprender el estudio y recorrió cada rincón de nuestro Resguardo y demostró su cariño y empeño ante el estudio con la comunidad Indígena Misak y a cada uno de los docentes; Al codirector del trabajo de grado Herney Alonso Rengifo Reina

Profesor Ocasional Universidad Nacional y a la Doctora Laila González directora del posgrado de estomatología pediátrica y ortopedia maxilar quien de sus múltiples funciones siempre estuvo ahí motivando a los estudiantes a la investigación y a crecer como profesionales a todos y cada uno de los que hicieron parte de esta investigación mil y mil gracias.

Resumen

Introducción: el conocimiento de los saberes en salud bucal de la comunidad indígena Misak es parte fundamental para su pervivencia. Estudio realizado con el objetivo: de conocer los saberes sobre el cuidado de la salud bucal de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo Indígena de Guambia Silvia- Cauca. La metodología establecida para el estudio fue, cualitativo de modalidad descriptiva con enfoque de la fenomenología; donde se describió las experiencias vividas sin acudir a las explicaciones, el cual llevo a unos resultados: con un total de 69 entrevistas de las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores miembros del Resguardo Indígena de Guambia, quienes en las practicas realizadas en el cuidado de la salud bucal empleaban diversas plantas medicinales siendo la solución en primera medida o la única en muchos de los casos. Las cuales cumplían diferentes funciones: analgésica, antiinflamatorio, higiénicas, cicatrizante, desinfectante; plantas medicinales que se obtenían en lugares silvestres o eran plantadas dentro de sus huertas. Una de las plantas medicinales silvestres más utilizadas para uso analgésico, antiinflamatorio e higiene fue la salvia, se emplea en infusión mediante enjuagues después de realizada la extracción del diente, permitiendo disminuir el sangrado, el dolor y la inflamación; o macerada las hojas la salvia es eficaz para la higiene, utilizada sola o combinada con otras plantas. Conclusión: las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia utilizan las plantas medicinales para solucionar necesidades odontológicas en el cuidado y mantenimiento de la salud bucal.

Palabras clave: Medicina Tradicional, Cuidadores, Higiene Bucal, Personas con Discapacidad, Salud de Poblaciones Indígenas, Plantas Medicinales.

Abstract

The oral health knowledge of the Misak Indigenous people is fundamental for surviving; the objective of this study was to know wisdoms about the oral health care of carers of disabled people at the Misak community (Guambiano) in the Guambia indigenous resguardo. The methodology of the study was qualitative, it was descriptive with a phenomenological approach, where lived experiences were described and the results were sixty-nine carers' interviews of disabled people and some carers of themselves that are members of Guambia Indigenous resguardo, who used several medicinal herbs in practices made with oral health care, it was the first solution or the only in most cases; these herbs achieved as analgesic, anti-inflammatory, hygienic, disinfectant and for cicatrization, it's are got at native places, so the "Sage" was one of medicinal herbs more used as analgesic, anti-inflammatory and hygienic, it was used with mouthwashes in infusion after the tooth is removed allowing to reduce the bleed, the inflammation and to ease the pain, also the sage was tenderized and used with other herbs; in conclusion, carers of disabled people and carers of themselves in the resguardo used medicinal herbs to resolve the dentist needs, to take care and to keep in good condition the oral health.

Keywords: Health of Indigenous Peoples, Medicine, Traditional, Disabled Persons, Caregivers, Plants Medicinal and Oral Health

Contenido

| | <u>Pág.</u> |
|---|-------------|
| Resumen | VII |
| Lista de figuras..... | X |
| Lista de tablas | XI |
| Lista de Fotografías | XII |
| Introducción | 1 |
| 1. Planteamiento del Problema..... | 4 |
| 2. Objetivos..... | 6 |
| 3. Justificación | 7 |
| 4. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 4.1 Saberes y cosmovisiones indígenas..... | 9 |
| 4.2 Saber Indígena..... | 9 |
| 4.2.1 Historia del saber Indígena..... | 10 |
| 4.3 Concepciones de salud y enfermedad..... | 11 |
| 4.4 Saberes en Salud Bucal..... | 12 |
| 4.5 Comunidad Indígena Misak (Guambiano) | 14 |
| 4.5.1 Historia de los Misak | 16 |
| 4.5.2 Cabildo Indígena | 18 |
| 4.6 Discapacidad | 19 |
| 4.6.1 Definición de Discapacidad | 19 |
| 4.6.2 Estudios de la Discapacidad..... | 19 |
| 4.6.3 Normatividad | 24 |
| 4.7 Cuidadoras, Cuidadores y Autocuidadores..... | 25 |
| 4.7.1 Definición | 25 |
| 4.7.2 Clasificación | 26 |
| 4.7.3 Normatividad | 28 |
| 5. DISEÑO METODOLÓGICO | 29 |
| 5.1 Estrategia de búsqueda literatura | 29 |
| 5.2 Tipo de estudio..... | 29 |
| 5.3 Proceso o estrategia metodológica..... | 31 |
| 5.4 Trabajo de campo | 32 |
| 5.5 Entrevistas abiertas..... | 32 |
| 5.6 Aspectos Éticos..... | 33 |
| 5.7 Derechos de autor | 35 |
| 5.8 Financiación | 35 |
| 6. RESULTADOS..... | 36 |
| 6.1 Concepción discapacidad de las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad..... | 38 |
| 6.1.1 Concepción discapacidad..... | 38 |

| | |
|--|--------------------------------------|
| Concepción de discapacidad..... | 39 |
| 6.2 Credo Religioso de las y los cuidadores de personas con discapacidad y Autocuidadores con discapacidad | 41 |
| 6.2.1 Credo religioso | 42 |
| Credo religioso | 42 |
| 6.3 Saberes en salud bucal de las y los cuidadores y personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad | 43 |
| 6.3.1 Concepto de caries..... | 44 |
| 6.4 Prácticas en salud bucal de las y los cuidadores y personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad. | 45 |
| 6.4.1 Prácticas de salud bucal..... | 46 |
| 6.6 Usos de planta medicinal | 51 |
| 6.6.1 Plantas medicinales silvestres..... | 51 |
| 6.6.1.3 Hojas y flor de Pacunga..... | 55 |
| 6.6.1.4 Hoja de yanten y encenillo..... | 55 |
| 6.6.1.5 Flor de Angucho | 56 |
| 6.6.2 Plantas medicinales cultivadas en huertas | 56 |
| 6.6.2 Hojas de perejil..... | 57 |
| 6.6.3 Flor de chilco y flor de botoncillo..... | 58 |
| Usos de plantas medicinales | 58 |
| 6.7 Alternativas diferentes a plantas medicinales | 60 |
| 7. DISCUSIÓN | 62 |
| 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 65 |
| 7.1 Conclusiones..... | 65 |
| 7.2 Recomendaciones..... | 66 |
| 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 67 |
| 9. ANEXOS | 72 |
| 9. ANEXOS | ¡Error! Marcador no definido. |
| 9.1 ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO ESPAÑOL Y LENGUA NAMRIK¡Error! Marcador no definido. | |
| 9.2 ANEXO 2 (Ver folleto adjunto)..... | 76 |
| 9.3 Anexo 3 Acuerdo de confidencialidad..... | 78¡Error! Marcador no definido. |

Lista de figuras

| | <u>Pág.</u> |
|--|--------------------|
| Figura 1: Departamentos y municipios de mayor concentración del pueblo Misak (Guambiano) | 15 |
| Figura 2 . Interacciones entre los componentes de la CIF | 20 |
| Figura 3: Modelos Contexto Colombiano..... | 23 |
| Figura 4. Ubicación geográfica Municipio de Silvia | 30 |
| Figura 5. Limitación por veredas Resguardo de Guambia | 30 |

Lista de tablas

| | <u>Pág.</u> |
|---|--------------------|
| Tabla 1: Modelos de la aproximación Histórica de la Discapacidad..... | 21 |
| Tabla 2: Modelo como pensar la discapacidad..... | 22 |
| Tabla 3. Diferencia en la función de los cuidadores..... | 26 |
| Tabla 4. Número de visitas por veredas del Resguardo | 37 |
| Tabla 5. Medicina Alternativa | 48 |
| Tabla 6. Medicina occidental | 49 |
| Tabla 7. Otras alternativas | 50 |

Lista de Fotografías

| | |
|--|----|
| Fotografía 1. Hospital Mama Dominga | 31 |
| Fotografía 2. Cuidador(a) de dos personas con discapacidad | 36 |
| Fotografía 3. Cuidador(a) y persona con síndrome de Down..... | 39 |
| Fotografía 4. Padres y cuidadores de persona con discapacidad cognitiva y sensorial | 40 |
| Fotografía 5. Cuidador de persona con discapacidad sensorial..... | 43 |
| Fotografía 6. Cuidador(a) de personas con discapacidad..... | 45 |
| Fotografía 7. Autocuidadores con discapacidad física (artritis reumatoide) prácticas en salud bucal con planta medicinal (coca) | 46 |
| Fotografía 8. Cuidadora de persona con discapacidad física y planta medicinal (Salvia) | 53 |
| Fotografía 9. Cuidadora de persona con discapacidad sensorial y planta medicina (salvia) | 54 |
| Fotografía 10. Planta medicinal Hierba Mora..... | 54 |
| Fotografía 11. Planta medicinal-Pacunga | 55 |
| Fotografía 12. Yanten Fotografía 13. Encenillo | 55 |
| Fotografía 14. Flor de Angucho | 56 |
| Fotografía 15. Plantas medicinales analgésicas, antiinflamatorias y cicatrizantes | 56 |
| Fotografía 16. Hojas de arrayan | 56 |
| Fotografía 17. Hojas de perejil..... | 57 |
| Macerada la flor, se coloca en plastos en la zona de la inflamación (Fotografía 18)..... | 58 |
| Fotografía 19. Plantas antiinflamatorias preparadas en plastos..... | 58 |
| Fotografía 20. Cuidador y planta medicinal (canela de páramo)..... | 60 |
| Fotografía 21. Cuidadora - Tak de cocina..... | 61 |

Glosario

AUTOCUIDADADORES: Cuidados realizados de forma autónoma por cada persona, son llamados autocuidadores.; por razón de edad, de enfermedad o discapacidad física o mental.

COSMOVISIÓN: significa en la manera de ser y pensar de los individuos que pertenecen a un determinado pueblo y cultura.

COSMOGONIA: es decir, a las concepciones del origen del mundo y al lugar que ocupa el hombre en ese universo.

CIDH: Comisión Internacional de Derechos Humanos.

CDPD: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

CIF: Clasificación Internacional de Función de la discapacidad y de la salud.

CIF-IA: Clasificación Internacional de Función de la discapacidad y la salud de la Infancia y la Juventud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

IV ENSAB: Estudio Nacional de Salud Bucal IV.

ICSU: Consejo Internacional de Uniones Científicas.

ISEES: Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior.

INTERSECCIONALIDAD: herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades.

INEQUIDAD: desigualdad o falta de equidad. Es un término utilizado especialmente en Latinoamérica y se asocia a una situación de desigualdad que genera injusticia.

KALLIM: Espíritu que si no se hace el ritual como debe ser, él se porta mal con la persona o se es bravo de tal manera que debemos cumplir con nuestras costumbres.

MAMA: Se expresa con respeto a la señora esposa de quien está asumiendo o asumió un cargo en la autoridad o cabildo.

MUTAUTASIRU: Espíritu del viento.

MISAK: Guambiano.

NANTRIK: Nuestra lengua o dialecto Misak.

ONIC: Organización Nacional Indígena de Colombia.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

PAPØ: Menstruación.

PISHIMISAK: Dios el ser superior, supremo de la comunidad del pueblo Misak.

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública.

PNSP: Plan Nacional de Salud Pública.

REFRESCO: El ritual que se hace para limpieza del hogar, de la familia, de los animales y todo el contexto del hombre naturaleza para vivir en armonía del ser Misak.

TATA: Se dice por respeto a la persona que es autoridad o Cabildante.

TAITA: Se dice por respeto a la persona que fue parte de la autoridad o Cabildo.

TRUKUL.KAJA: Caja de dientes, prótesis dental.

Introducción

Las comunidades indígenas son poblaciones milenarias que conservan sus usos y costumbres permitiendo así, crear su propia identidad y cosmovisión indígena¹. De acuerdo a los datos oficiales del censo del año 2005 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE son 87 pueblos indígenas distribuidos en 700 resguardos con una población de 1.378.884, indígenas, pero de acuerdo a la autoridad de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), existen a lo largo y ancho del país 102 pueblos indígenas. (1, 2)

Por principio Constitucional la Nación Colombiana es pluriétnica y multicultural reflejadas en sus tradiciones y valores propias de su cultura (2). Es así, como el Resguardo indígena de Guambia del municipio de Silvia cuenta con una de las poblaciones milenarias del país; quienes actualmente persisten en mantener sus tradiciones ante los constantes cambios que se ven sometidos de generación en generación; ellos, los Misak (Guambiano) (3):

“Su misión proteger integralmente lo que nos pertenece por Derecho Mayor, es decir antes del nuevo testamento, antes de la conquista” (4).

Las necesidades propias del Resguardo indígena Misak son la salud y la educación, es primordial generar otro tipo de visión y sentido de pertenecía hacia las personas con discapacidad de las comunidades indígenas; motivado porque algún miembro de la comunidad no está exento de tener algún tipo de discapacidad (6,7).

Las personas de la comunidad requieren una atención en salud digna; atención en salud bucal algunas veces olvidada para las personas con discapacidad, las cuales son doblemente excluidas, marginadas, oprimidas y discriminadas desde la perspectiva interseccional² ante la sociedad (8); la necesidad de reconocimiento a partir de los derechos humanos, invita hacia una dignidad universal, al respeto igualitario, y al respeto de la individualización sin importar el género, raza/etnia, nivel socioeconómico, edad, orientación sexual o discapacidad (6,9).

En el Resguardo Indígena de Guambia no hay un reporte estadístico del número total de personas con discapacidad, solo cuentan con un precenso; de los cuales se desconoce el estado de salud general y los hábitos de cuidado en salud bucal.

¹ Cosmovisión: significa en la manera de ser y pensar de los individuos que pertenecen a determinado pueblo y cultura (5).

² El concepto de interseccionalidad fue introducido por la profesora de derecho Kimberlé Crenshaw en 1989, como un cuestionamiento a la dogmática jurídica y a las críticas feministas y raciales del derecho(9)

La salud bucal de muchas personas con discapacidad no es el adecuado, y el acceso a la atención odontológica es limitada (3,10).

El cuidado y acompañamiento de la persona con discapacidad algunas veces está dado por el cuidador o la misma persona se autocuida, labor muchas veces no valorada por la sociedad; se considerada que (11):

“El cuidar de un familia que es dependiente cambia la dinámica de los seres humanos, porque los enfrenta a la imposición de nuevas metas que además son inesperadas, y afectan las satisfacciones personales tanto en lo psicosocial como en lo económico” (11).

Toda persona que presente algún tipo de discapacidad física, mental, intelectual o sensorial tiene el derecho a una atención en salud digna; la promoción y prevención en salud bucal para las personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak (Guambiano) y de cualquier comunidad indígena en Colombia y en el mundo es un derecho que por ley les pertenece (6,12).

El 54% de la población indígena en general utiliza para el cuidado de su salud saberes ancestrales, medicina tradicional, pero no es orientada a personas con discapacidad. El propósito de la investigación fue conocer los saberes en salud bucal de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) Resguardo Indígena de Guambia Silvia Cauca, investigación que permitió interactuar con cada una de las familias que en ellas habitaran una o más personas con discapacidad, conocer y aprender de ello las practicas empleadas en el cuidado de salud bucal indispensables para perpetuar la identidad de la comunidad Misak, así mismo dejando un legado escrito para la Universidad Nacional, el Hospital Mama Dominga del Resguardo de Guambia, otras comunidades indígenas y profesionales en salud bucal del país; con el fin de perpetuar y trasmitir el conocimiento(3,11,13).

La investigación se enmarcó dentro de los estudios cualitativos de modalidad descriptiva con un enfoque de la fenomenología; donde se describió las experiencias vividas sin acudir a las explicaciones. Obteniendo así, categorías descriptivas que fueron emergiendo de los mismos datos que permitió una reagrupación y lectura distinta de los mismos datos que luego se interrelacionaron para el análisis tipo encadenamiento (14).

A partir de los resultados obtenidos se generó el reconocimiento de la importancia de la cosmovisión de los pueblos originarios de Colombia, orientado a la comprensión del sentido de pertenencia, de las tradiciones culturales de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak a partir de las prácticas de cuidado de la salud bucal (4, 5,11).

El recorrido investigativo plasmado en este documento comienza con un primer capítulo donde se exponen los diferentes conceptos acerca de los saberes indígenas, las concepciones en salud y enfermedad de las comunidades

indígenas; para continuar en el segundo capítulo donde se aborda la interseccionalidad de la categoría social de la discapacidad plasmada en los diferentes modelos como el médico rehabilitador, pero enfocado más desde la perspectiva social un tercer capítulo donde se exponen las definiciones y caracterizaciones que se tienen alrededor de las conceptualizaciones sobre la persona cuidadora, cuidador y autocuidadores, un cuarto capítulo donde se plasma el diseño metodológico y los recorridos en el trabajo de campo, un quinto capítulo el cual representa las categorías que fueron emergiendo del estudio fenomenológico referente a las concepciones en salud, de las concepciones sobre discapacidad y saberes en salud bucal para las personas con discapacidad, el sexto capítulo se interrelaciona los saberes de la comunidad indígena Misak con los referentes literarios nacionales e internacionales para finalmente en el último capítulo plasmar las conclusiones del recorrido investigativo y hacer unas recomendaciones para futuras investigaciones.

1. Planteamiento del Problema

El Resguardo indígena de Guambia del pueblo Misak (Guambiano), está ubicado en el municipio de Silvia, al nororiente del departamento del Cauca a 2.500 metros de altura sobre el nivel del mar en la vertiente occidental de la cordillera central (3).

Su grupo poblacional está constituido por 21.085 Misak (Guambiano) y 2.945 familias de acuerdo al último registro hecho por el DANE en el año 2005. El 8% del total de la población indígena que habita en el departamento del Cauca es Misak. Una población mayoritariamente hombre 53%, sin embargo al aumentar la edad, se invierte esta proporción, siendo mayor el número de mujeres. Con respecto al área cultural el 54% de la población utiliza medicina tradicional, saberes ancestrales para el cuidado de la salud, pero no orientada hacia las personas con discapacidad (1,3).

Dentro del Resguardo de Guambia no hay un reporte estadístico del número total de personas con discapacidad, de los cuales se desconoce su estado de salud general y los hábitos de cuidado de salud bucal. En comunicación verbal en octubre del 2015 Marleny Morales actual enfermera Jefe del Hospital Mama Dominga y Tata Floro Alberto Tunubalá Paja exgobernador del Cabildo del Resguardo Indígena de Guambia y actual director del Hospital Mama Dominga; manifestaron que se inició un censo en el año 2007 con los auxiliares de enfermería de cada zona dentro del resguardo con el fin de poder determinar la población Misak con discapacidad, para el año 2014 se establece un comité con trabajadores del Hospital Mama Dominga y otros miembros del Resguardo.

El registro de la población con discapacidad no se tiene resultados referentes a los diagnósticos definitivos según el tipo de discapacidad, solo existe un reporte de 110 personas con discapacidad. El informe de la Unicef reporta que se desconoce el número de niños y niñas indígenas con discapacidad, (1, 3, 4,10).

La población con discapacidad de la comunidad Indígena Misak requiere de una atención en salud bucal digna a partir del ejercicio pleno de sus derechos (6). La salud bucal de muchas personas con discapacidad es mala, y el acceso a la atención odontológico es limitado; las personas con discapacidad tiene más necesidades en comparación con otros grupos poblacionales; todos los países deben trabajar para eliminar las barreras físicas, comunicativas y actitudinales y contar con sistemas de salud más inclusivos y accesibles (15).

No hay publicaciones de saberes, para el cuidado de salud bucal en personas con discapacidad dentro de comunidades indígenas del país Colombia, pero si se reportan prácticas de saberes de cuidado de salud bucal en comunidades indígenas; Yanaconas³, Emberas⁴, Zenués⁵, comunidades indígenas del

³ Autoatención en salud oral en el pueblo Yanacona de los andes del sur de Colombia (16)

amazonas⁶ y comunidades indígenas urbanas⁷ donde su lucha es por mantener sus creencias, usos y costumbres desde su tradición. (16 -20)

Desde la cosmovisión indígena del Resguardo de Guambia donde la autoridad mayor (cabildo) tiene como deber velar por el bienestar de su pueblo y hacer respetar sus derechos ancestrales como Misak a todos sus componentes del territorio (5,21), los cuales son indispensables para perpetuar la identidad de la comunidad Misak (4). Identidad que conlleva a la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los saberes sobre el cuidado de salud bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en la comunidad MISAK (Guambiano) resguardo indígena de guambia Silvia Cauca?

La importancia de conocer, mantener e implementar la medicina tradicional contribuirá en la pervivencia de las personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak (Guambianos) y la no vulnerabilidad de los derechos en la atención en salud que por ley les corresponde(1,6).

Con el conocimiento de los saberes de las cuidadoras y los cuidadores para el bienestar de la población con discapacidad nos permitió dejar un legado escrito de las prácticas del cuidado de la salud bucal a partir de los saberes ancestrales; para la Universidad Nacional, el Resguardo Indígena Guambia y el Hospital Mama Dominga, una herramienta para la atención de las personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano); a partir de la difusión de las prácticas e implementación de una educación intercultural orientada a la apropiación de las prácticas de los saberes(21).

⁴ Flora Etnodontológica de las comunidades indígenas embera del atrato medio antioqueño (17)

⁵ Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia (18)

⁵ Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones(19)

⁷ expendedor de plantas de la ciudad de Medellín: su caracterización social y su salud bucal (20)

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Conocer los saberes sobre el cuidado de la salud bucal de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia- Cauca.

2.2 Objetivos específicos

- Describir las concepciones sobre salud bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.
- Conocer el significado de discapacidad para las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.
- Describir las prácticas en salud bucal de las personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.
- Describir las prácticas en salud bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.

3. Justificación

La manera de visualizar la equidad gira en torno a la expresión de la inequidad variaciones sistemáticas, innecesarias, evitables e injustas en poblaciones humanas que incluye la salud, un concepto de injusticia en el acceso a salud en los diferentes grupos sociales como, género, raza o etnia (22).

Esta investigación aportará a profesionales de la salud bucal miembros activos del Resguardo de Guambia, conocimientos encaminados a preservar la cosmovisión indígena enriqueciendo su saber occidental adquirido en su formación, siendo así, la salud un derecho para comunidades milenarias y un deber en la atención que todo profesional debe brindar, mantener y transmitir para contribuir en la promoción y prevención de la salud oral en personas con discapacidad (23). Todas estas observaciones están relacionadas con la inclusión epistémica reclamada en la formación del recurso humano en odontología donde no existe el reconocimiento de otros saberes (9).

La pervivencia del pueblo Misak es el resultado de la resistencia y conservación de los usos, costumbres, creencias, conocimientos y formas de vida Misak; este estudio proporcionó una visión diferente a la imposición del saber occidental y al saber tradicional, considerando que (4):

“Los indígenas defendemos nuestra lengua, tradiciones y costumbres, nuestra propia organización social. Creemos que tenemos derecho a conversar nuestra autonomía cultural, tanto ahora como en la sociedad futura, y de oponernos a los distintos planes de integración con los que las clases dominantes quieren ir borrando nuestra identidad”(24).

Esta investigación permitió trascender entre cuidadores y cuidadoras, visibilizar sus conocimientos o saberes sobre las prácticas para el cuidado de la salud bucal de personas con discapacidad, indispensables para perpetuar la identidad de la comunidad Misak, saberes propios de la región basada en la medicina tradicional y la pervivencia de los usos y costumbres (4). Dejando un legado escrito para la Universidad Nacional, Resguardo de Guambia y hospital Mama Dominga, comunidades indígenas y profesionales en salud bucal del país.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Saberes y cosmovisiones indígenas

Los saberes de las comunidades indígenas como legado histórico de la comunidad invitan a adentrarse en un campo de conocimiento que rompe con estructuras hegemónicas de saber y de los tipos de estudios cuantitativos; para dar paso a un campo de reconocimiento en el ámbito académico occidentalizado de estructuras temáticas como los conocimientos en salud oral de la comunidad Indígena Misak, la discapacidad y cuidadores, las cuales se intersectan para vislumbrar nuevas rutas de comprensión.

4.2 Saber Indígena

Es un saber dinámico que se recrea a diario en los actos, hechos y circunstancias del hombre en relación con lo divino, la naturaleza, la familia, la comunidad y la sociedad en general. Es decir, los saberes indígenas siempre han constituido una riqueza intelectual; ejemplo claro, los ancianos sabedores sienten la necesidad y obligación de renovar sus conocimientos, actualizarlos y transmitirlos a las nuevas generaciones para que no crezcan huérfanas de su identidad y así, para formar hombres comunitarios con identidad; considerado por los mismos miembros de cada pueblo que los conocimientos provienen de su creador (25)

Los saberes son costumbres que se transmiten al interior de una población, la cual es fuente de sabiduría, enriquece los diversos ámbitos del conocimiento; basados en las tradiciones ancestrales para en el tratamiento de la enfermedad (26).

El conocimiento de saberes visibiliza prácticas diferentes al conocimiento producido por los grupos colonizados, dominados, minorizados en la periferia de la formación intelectual y contribuyen a otra forma de interpretar, entender y hacer el mundo. El conocimiento ha sido fuertemente cuestionado estos últimos decenios por una nueva generación de intelectuales indígenas, estrechamente vinculados al campo académico formal. Junto con reivindicar filiaciones y epistemes alternativas, estos intelectuales abogan por una descolonización del saber y una apertura de las estructuras donde éste se edifica (27).

Los saberes hacen parte de la identidad y el patrimonio de los pueblos originarios. Los saberes se transmiten de generación en generación denominada tradición oral; mantiene vivo el conocimiento, un conocimiento que por singularidad es permanentemente práctico, porque vive con la gente en su cotidianidad el conocimiento y apropiación los usos y costumbres ayudan a comprender mejor la biodiversidad y a valorar la naturaleza pluriétnica y multicultural de la Nación (28).

El saber tradicional popular de la medicina en Colombia, se ha representado en diversos personajes, entre los que resalta la figura del yerbatero, de quien también se puede hacer referencia como el médico herbolario, en la medicina natural, tradicional alternativa caracterizada esencialmente por utilizar las plantas en la curación de enfermedades (29).

La concepción de los saberes para Organización Mundial de la Salud (OMS) define medicina tradicional como (30): “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias físicas, mentales y espirituales, aplicadas de forma individual o colectiva para mantener el bienestar” (30).

A partir de la atención en salud, el sistema médico incluye tres sectores, el profesional o medicina occidental, el popular que incluye creencias individuales, familiares y grupales sobre la salud , y el sector folclórico conformado por modalidades curativas mágico-religiosas y naturales, que para algunos autores corresponde a la medicina tradicional indígena (30).

4.2.1 Historia del saber Indígena

Hacia mediados del siglo XX, algunos investigadores de las ciencias humanas como H. Conklin (1954) y C. Lévi-Strauss (1972), colocaron ante los ojos de los científicos occidentales, la existencia de saberes indígenas sobre la naturaleza y sus sociedades, a los que el segundo autor denominó “Ciencias de lo concreto”(31)

El Consejo Internacional de Uniones Científicas (ICSU)⁸ Durante la Conferencia Mundial sobre la Ciencia, organizada por la UNESCO en el año de 1999, en colaboración con el ICSU, recomendó considerar que:

“Los sistemas tradicionales y locales de conocimiento, como expresiones dinámicas de la percepción y la comprensión del mundo, ya que pueden aportar, y lo han hecho en el curso de la historia, una valiosa contribución a la ciencia y la tecnología, siendo necesario preservar, proteger, investigar y promover ese patrimonio cultural y ese saber”(32).

⁸Identificar, dirigir temas de importancia para la ciencia y la sociedad, promover la participación de todos los científicos indistintamente de su raza, ciudadanía, lengua, tendencia política y género en único esfuerzo científico internacional (32).

4.3 Concepciones de salud y enfermedad

La concepción de la salud, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad” (33).

La salud ésta comprendida como un estado de equilibrio del hombre con la naturaleza, determinado por fuerzas físicas (naturales) y sobrenaturales; la enfermedad no es una dificultad en particular, es una relación entre lo social y el cosmos; relacionada con la vida de la comunidad que depende de factores sociales, económicos, políticos y culturales. Las estrategias de atención van dirigidas a restablecer dicho equilibrio y no solo a eliminar las causas físicas de la enfermedad; por medio del uso de plantas medicinales para actuar a nivel físico contra la enfermedad (34).

La medicina tradicional se rige por conceptos sagrados, realizado por parte del médico tradicional (shaman, mamö, paye, jaibaná, teeu, etc.) y no es una actividad separada del resto de actividades comunitarias, y se considera un factor que contribuía a mantener el equilibrio sociopolítico y cultural de los grupos humanos (34).

El reconocimiento y el respeto de las tradiciones y practicas ancestrales de cuidado en salud de los pueblos originarios por parte de los gobiernos, de las entidades prestadoras de servicios de salud y, muy especialmente, de los profesionales del área de la salud, aislados de los propios conocimientos y de cierta manera imponiendo conocimientos ajenos a sus usos y costumbres. (29).

De los pueblos originarios como lo es, la comunidad indígena Emberá-chamí del departamento de Caldas Colombia en el análisis del modelo de salud colombiano y su relación con la medicina tradicional da a conocer las dificultades que han presentado y han tenido que enfrentar para su desarrollo y más aún la posibilidad de dar a conocer e incorporarse en el sistema de salud, a partir de esta necesidad surge políticas internas de los resguardos indígenas Ley 691 de 2001, esta ley: “reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas” (35).

Permitan conocer y dar a conocer algunos saberes y experiencias desde las cosmovisiones y cosmogonías⁹sobre el proceso salud-enfermedad y atención (35).

⁹ Cosmogonía: es decir, a las concepciones del origen del mundo y al lugar que ocupa el hombre en ese universo (1).

Desde otros contextos para los antiguos mexicanos la salud dependía del equilibrio entre las fuerzas corporales, naturales y sobrenaturales. El consumo de alimentos adecuados significaba la conservación armónica del cuerpo. La dieta debía incluir tanto alimentos fríos como calientes con la idea básica de neutralizar desequilibrio corpóreo, por lo que para su restablecimiento se requería el suministro de un alimento que contara con la cualidad contraria al padecimiento (24).

4.4 Saberes en Salud Bucal

Los estudios realizados sobre creencias y prácticas en relación a la salud bucal de pueblos originarios ha permitido que propios y extraños muestren interés para el beneficio y la pervivencia de las diferentes comunidades indígenas lo que refleja hoy en día la lucha por mantener sus usos y costumbres propios de cada región; situación que permite un acercamiento entre las poblaciones indígenas y no indígenas; algunos países destacan el escaso conocimiento del estado con estas poblaciones, pero en algunos casos se hace el reconocimiento por parte de este para salvaguardar y preservar los saberes(28, 36).

La importancia de la cosmovisión de los pueblos originarios de Colombia, se ha desarrollado en diferentes estudios los cuales buscan mediante el conocimiento de los saberes, una comprensión y visibilización de las tradiciones culturales y de las prácticas de cuidado de la salud bucal (5,25).

Un estudio realizado en la comunidad Indígena Zenues, ubicado en el departamento de Sucre donde hablan de la occidentalización permitió el uso del cepillo y de la crema dental en la comunidad, y aclaran que anteriormente ni cepillo había, el cepillo que se usaba era la hoja de limoncillo:

“Lo que uno cogía para blanquearse los dientes era una hoja de limoncillo o el cepillado con carbón de leña, si había presencia dolor pues lo primero que se tiene casa, se maneja el dolor utilizando hojas de yanten se realiza un agua y que se la beba, si la muela está muy mal las mismas hojas se machacan y se ponen dentro del a muela y si el dolor continua finalmente se asiste para la atención odontológica” (18)

Un estudio realizado con la comunidad indígena Yanacona reporta el uso de plantas en el cuidado de la salud bucal; revela la importancia de mantener una buena dentadura desde la niñez, a partir de los primeros días de nacido suministrando una mezcla de hinojo (*Foeniculum vulgares*) preparada en un calabazo mezclado con congouillo (*Peperomia subaspathulata*) y arrayan (*Myrciantes leucoxila*, y así evitar que la dentadura se dañe, de lo contrario aparecerán las caries. Atribuye el dolor de los dientes a la presencia de caries, considerada como la “única” enfermedad que puede afectar a la cavidad oral,

responsable de todos los signos y síntomas que aparecen en la boca al punto de “ahuecar las muelas y afectan al nervio” dejando esa sensación dolorosa (16).

La comunidad indígena Yanacona practica la medicina tradicional como un legado ancestral para su pervivencia. El uso de diferentes plantas ayuda en el manejo del dolor dental, miembros de la comunidad le dan importancia a la rama de malva (*Malacara alceifolia*), planta que se encuentra en sus huertas; luego de cocinarla y le indican al niño o adulto según sea el caso, realizan colutorios¹⁰; también los emplastos¹¹ de chilcarusia (*Stevia lucida*) directamente sobre el diente que está afectado para “aminorarle el dolor”, masticar hojas de coca (*Erythroxylon cocca*) o de durazno (*Durus acinus*), y así ayuda a “pararles el sufrimiento”, otras plantas como el látex del lechero (*Euphorbia lactiflua*) o la “goma” de la amapola (*Papaver somniferum*), compuestos orgánicos que destruyen la dentina expuesta(16).

También con aguardiente donde flotan hojas de coca mediante enjuagues, “para acabar de una con ese problemita en sus muelas” y si hay restos radiculares es de mucha utilidad; también en la prevención del dolor pos exodoncia; decocción de yerbabuena (*Menta spicata*), malva y coca, sugiriéndole hacer colutorios cada seis horas o paños de leche materna y emplastos de malva y de sábila sobre la cara; en caso de hemorragias a causa de la sacada de los diente hervido de yerbabuena y hierba mora como colutorios de mucha ayuda agregándole a esta solución una pizca de piedra lumbre en el caso de sangrado de las encías la salvia (*Salvia officinalis*), Miel de rosas para atender las incomodas “placas” una gota basta para la disminución de dolor, enjuagues de agua con sal y limón o la piedra lumbre untada directamente en la zona afectada. Para el manejo de la inflamación realizan prácticas similares a las del manejo del dolor, utilizan emplastos de hierba mora (*Solanum nigrum*), sábila (*Aloe vera*) y cáncer (*Neurolena lobata*), poniéndolos un buen rato sobre la cara o un trapo mojado con los orines de uno mismo. También dentro de este estudio reportan la utilización de medicina occidental como primera medida; comúnmente el ibuprofeno y el conmel. Textualmente son las palabras de un miembro de esa comunidad, “toca curarle los dolores de esas muelas mientras se le caen. Menos mal son las de leche y es que él se pone a chillar si le digo que lo voy a llevar al hospital” (16).

Según el estudio realizado dentro de la comunidad indígena Embera con el fin de aportar al conocimiento del uso de algunas plantas en el carácter etnoodontológico para los problemas dentales y para la prevención de enfermedades periodontales, utilizan plantas como la curadiante (*Piper holtonii* (Trel.) Trel. & Yunck), la cual pertenece al mismo género de algunas de las plantas que se encuentran en el Atrato Medio; de la cual se utiliza el cogollo para la “prevención de la caries”, también para el dolor de muela, hojas maceradas en “cataplasma” de chilco blanco (*Eupatorium* sp. Asteraceae) y otras plantas para el manejo de afecciones bucales como salvia (*Austroepatorium inulaefolium*),

¹⁰ Colutorios: enjuagues orales

¹¹ Emplastos: preparado medicinal

caléndula (*Calendula officinalis*), limoncillo (*Cymbopogon citratos*), cardamomo (*Elettaria cardamomum*), amapola (*Papaver somniferum*) gracias a los conocimientos propios y tradicionales de indígenas de avanzada edad quien aún se resisten a mantener sus usos y costumbres de la medicina tradicional, tristemente ven reflejada la pérdida paulatinamente de este tipo de conocimiento entre la gente joven, quienes manifiestan “sentir pena”, sobre todo frente a la gente no indígena, por la apariencia estética del color que toman los dientes al ponerse negros, como si se tuviese mala higiene oral (35).

La poca participación de los odontólogos en los estudios sobre el conocimiento popular-tradicional y las plantas medicinales no solo en el contexto del país, también una visión de otros países; según Misrachi y Sáenz quienes en su estudio “Cultura popular en relación a la salud bucal, en sectores urbanos marginales” señalan que en Chile y en otros países latinoamericanos, para el manejo de los problemas de salud bucal predomina la medicina popular sobre la medicina oficial, incluso esta suele ser en ocasiones el único recurso al que recurren preferentemente la población rural y los sectores socioeconómicos pobres de las áreas urbanas. Además, exponen la salud bucal de la población, las prácticas a base de plantas como un recurso importante, de hecho se reconoce que aunque en un mismo tratamiento se pueden entremezclar varios recursos, es constante el empleo de plantas medicinales (27).

El estudio realizado en la ciudad de Medellín donde le da el valor científico al usos de plantas en la zona urbana, dando utilidad a plantas como; la salvia, caléndula, limoncillo cardamomo, amapola y entre otros. Con propiedades antiinflamatoria y analgésica que muchos de los profesionales de la salud desconocen y son ajenos en su práctica clínica (20). La existencia de los expendios de plantas medicinales en las ciudades de Colombia es fundamental para la preservación de las tradiciones las cuales se transmiten de generación en generación (20).

Otro estudio realizado en la ciudad de Medellín Colombia donde tenía como objetivo rescatar los saberes populares frente a la odontología. Dando a conocer las terapias bucales no convencionales a base de plantas medicinales (tomatera, hierba mora, entre otros) el uso de ellas uso era transmitido influenciado por el conocimiento entre la comunidad y/o familia (26).

4.5 Comunidad Indígena Misak (Guambiano)

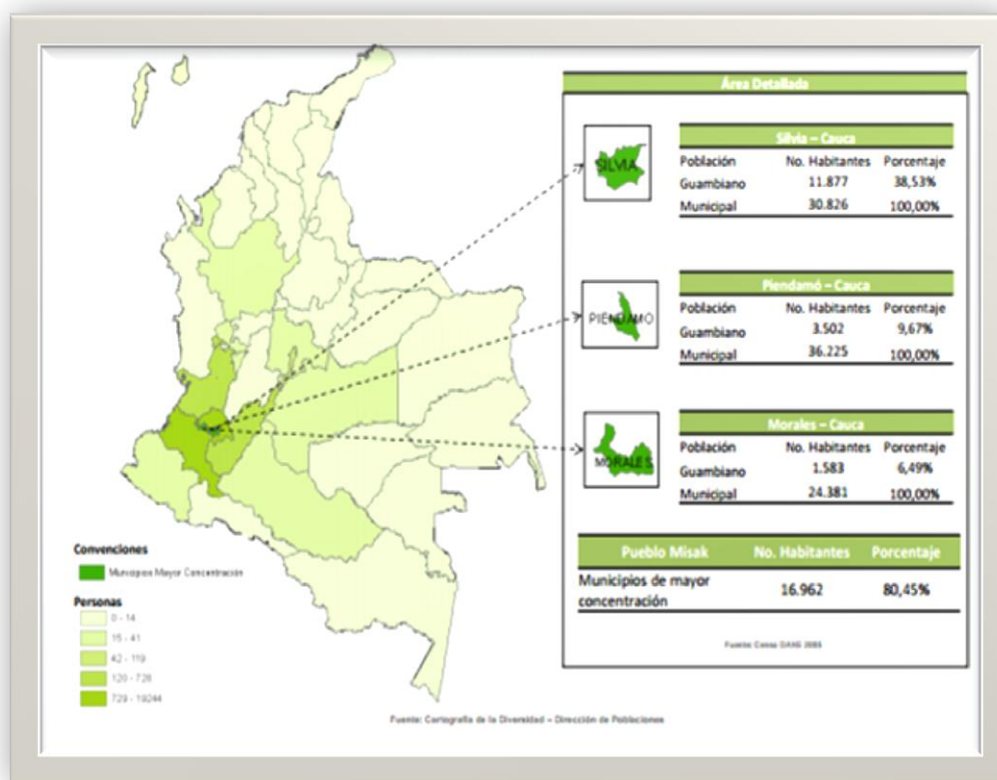
La comunidad Misak, población indígena que ha habitado territorios ancestrales por épocas milenarias conocido como “Resguardo Indígena de Guambia”, población ubicada en las estribaciones de la vertiente occidental de la cordillera central, en el páramo de las Delicias, en el nororiente del municipio de Silvia, a 50 Km al nororiente de la ciudad de Popayán y se comunica pasando por la

cabecera municipal de Piendamó con Popayán, a través de la carretera transandina (3, 34)

Para el municipio de Silvia es representativo; el territorio Misak (Guambiano), llamado “Suiza de América” gracias a sus imponentes paisajes naturales, limita al norte con los municipios de Jambaló y Caldonó, al Oriente con Inzá, Páez, Belalcazar, al occidente con Piendamó, Cajibío y Caldonó, y al sur con Totoró; Silvia solo posee un 0,15% de población afrocolombiana, y según su plan de desarrollo actual es el tercer municipio en el país con mayor población indígena luego de Uribí en la Guajira y Riosucio en Caldas, con un 79,55%, siendo las etnias predominantes la Misak (Guambiano) y Nasa/Páez (1). (Figura 1)

Es una región lluviosa y fría, ubicada a un altitud entre 2.500 a 3.500 mts², con una temperatura promedio de 12°C; la mayor parte de los habitantes son agricultores y de acuerdo a su cosmovisión originaria: “la madre tierra” es el eje de su cultura y la zonificación del proyecto de cultivos andinos; actualmente algunos miembros de la comunidad Misak (Guambiano) habitan municipios vecinos como; Piendamó, Morales, Cajibío y Caldonó, en busca de nuevas oportunidades laborales (agricultura) o dejan el resguardo por cuestiones académicas y migran a las grandes ciudades (1,3).

Figura 1: Departamentos y municipios de mayor concentración del pueblo Misak (Guambiano)



Fuente: Ministerio de cultura. Misak (Guambianos) (1).

4.5.1 Historia de los Misak

Floro Tunubalá y Juan Bautista Taitas¹² del Resguardo en el segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento manifiestan que los Misak, como todos los pueblos andinos, viven en estrecha relación con la naturaleza, allí surge nuestro pensamiento. Se habla que primero fue la tierra y junto a ella estaba el agua, en el páramo había grandes lagunas entre ellas Nimbe (hembra) y Piendamó (macho) y al unirse estas dos se originó el Misak, luego nacen los primeros hijos ocupando diferentes espacios del territorio(3). Es así como la cosmovisión del origen del pueblo Misak se comprende como una concepción muy amplia y compleja sobre el agua (4).

La cosmovisión indígena Misak, como pueblos originarios basados en su historia como hijos del agua, se entiende como (37):

“El páramo es el lugar donde generalmente lo llevaban a uno para que soñara, es un sitio sagrado donde está la base para que uno pueda servir o aprender algo, es como una escuela donde uno va a aprender y uno sueña

¹² Taita: Se dice por respeto a la persona que fue parte de la autoridad o cabildo.

lo que va a ser. Un lugar donde lo llevan a uno para que el páramo a través del Pishimisak¹³ lo ilumine en la vida para ser algo en el futuro” (37).

Lugar donde se adquiere el don de curar mediante la práctica de la medicina tradicional a favor de los miembros de la comunidad, conocido dentro del resguardo como el pishimə rə pik; don delegado a un hombre o mujer Misak orientado por un espíritu que es hembra y macho, representados por mama Chuminga, espíritu del páramo y el propio Pishimisak, como Mutautasire¹⁴, espíritu del aguacero y Kallim¹⁵ viven en cada una de las montañas en los páramos en cercanía a las lagunas. Mə rə pik o pishimə rə pik tienen la conexión directa con los espíritus ya mencionados; existen dos tipos de médicos tradicionales: los sentidores y los que además de eso tienen a su cargo los refrescos¹⁶; al médico tradicional cumple ambas funciones y es quien le muestra en que luna deben recoger las plantas para curar (4,37).

“Hay, según la religión Guambiana, espíritus buenos y malos. El peor es, sin duda alguna, el “Duende del Páramo”, cuyas apariciones son frecuentes en el páramo de ñimbe, se aparece con figura de niño cubierto con un inmenso sombrero y castiga a las personas que no observan una conducta recta”(36)

La importancia del refresco es protegerse del enojo de los espíritus; una mujer con el periodo menstrual (papə) debe evitar tener contacto con lugares donde habitan dichos espíritus del agua y tampoco puede realizarse el refresco por que fácilmente hace que los espíritus se enfaden dejando en muchos casos secuelas irreversibles como retraso mental, ataques de epilepsia y enfermedades difíciles de diagnosticar y de curar con la medicina occidental y en muchos casos difícil de tratar con la medicina tradicional (28,37).

Luz Dary Aranda reporta que el pueblo Misak al igual que otros pueblos conserva fundamentos y principios que los identifican como comunidad, los fundamentos los otorga la sabia naturaleza y son esenciales para la supervivencia de todo pueblo; el territorio, la cosmovisión, la autoridad propia, la autonomía, los usos y costumbres (21).

El resguardo Indígena de Guambia se rige bajo unos lineamientos dirigidos por la autoridad mayor o cabildo, quien es el encargado de hacer valer los derechos y deberes impuestos por los mayores.

¹³ Pi traduce ‘agua’; pishi, ‘fresco’, y Misak, ‘gente’; Pishimisak es el nombre del espíritu que habita el páramo-laguna, y los Misak, en ese sentido, son hijos del agua, son *piurek*.(37)

¹⁴ Mutautasire o Kallim encarna la parte masculina de Pishimisak y mama Chuminga, que es el propio Pishimisak, la parte femenina (37).

¹⁵ Kallim. Espíritu que si no se hace el ritual como debe ser, él se porta mal con la persona o se es bravo de tal manera que debemos cumplir con nuestras costumbres (54)

¹⁶ Refresco: el ritual que se hace para limpieza del hogar, de la familia, de los anilaes y todo el contexto del hombre naturaleza para vivir en armonía del ser Misak (54)

4.5.2 Cabildo Indígena

En la región andina la autoridad política reposa en los cabildos, cada parcialidad (o resguardo) posee su propio cabildo, y los cabildantes son elegidos periódicamente por los miembros de la comunidad. La función del cabildo consiste en organizar los trabajos, repartir las tierras comunales disponibles, dirimir disputas internas y representar al resguardo ante las autoridades blancas (10). Es así como: “en 1994 los cabildos indígenas del país, legalmente reconocidos sus resguardos por el Estado, comenzaron a recibir los recursos de inversión de transferencias, logrados en la constituyente en 1991 y por la ley 60 de 1993” razón por la que el Cabildo de Guambia elabora su primer Plan de Vida, invirtiendo en programas como producción, educación, salud y saneamiento básico. Así mismo, se logra elaborar una serie de proyectos para apoyar programas como justicia propia, comunicación y medio ambiente, entre otros por el bienestar de la comunidad Misak (1, 4, 10).

Con respecto a la educación se piensa que hace parte de la vida según las tradiciones y la cultura; los sacerdotes o médicos, tenían a su cargo la transmisión de los conocimientos y la conservación de la identidad religioso cultural de cada sociedad. “La educación sigue teniendo hoy en día una función de dominación ideológica” y se analiza que para el Cauca indígena el 46% de la población es analfabeta.(21,34)

Las prácticas de saberes en el cuidado de la salud bucal dentro de las comunidades indígenas son fundamentales para su pervivencia, comunidades indígenas que no están exentas de tener personas con discapacidad dentro de su grupo poblacional, conocer de ellas, su clasificación, su historia y las formas de pensamiento con respecto a la discapacidad son importantes.

4.6 Discapacidad

4.6.1 Definición de Discapacidad

La convención de las personas con discapacidad en el artículo 1 contempla:

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”(7).

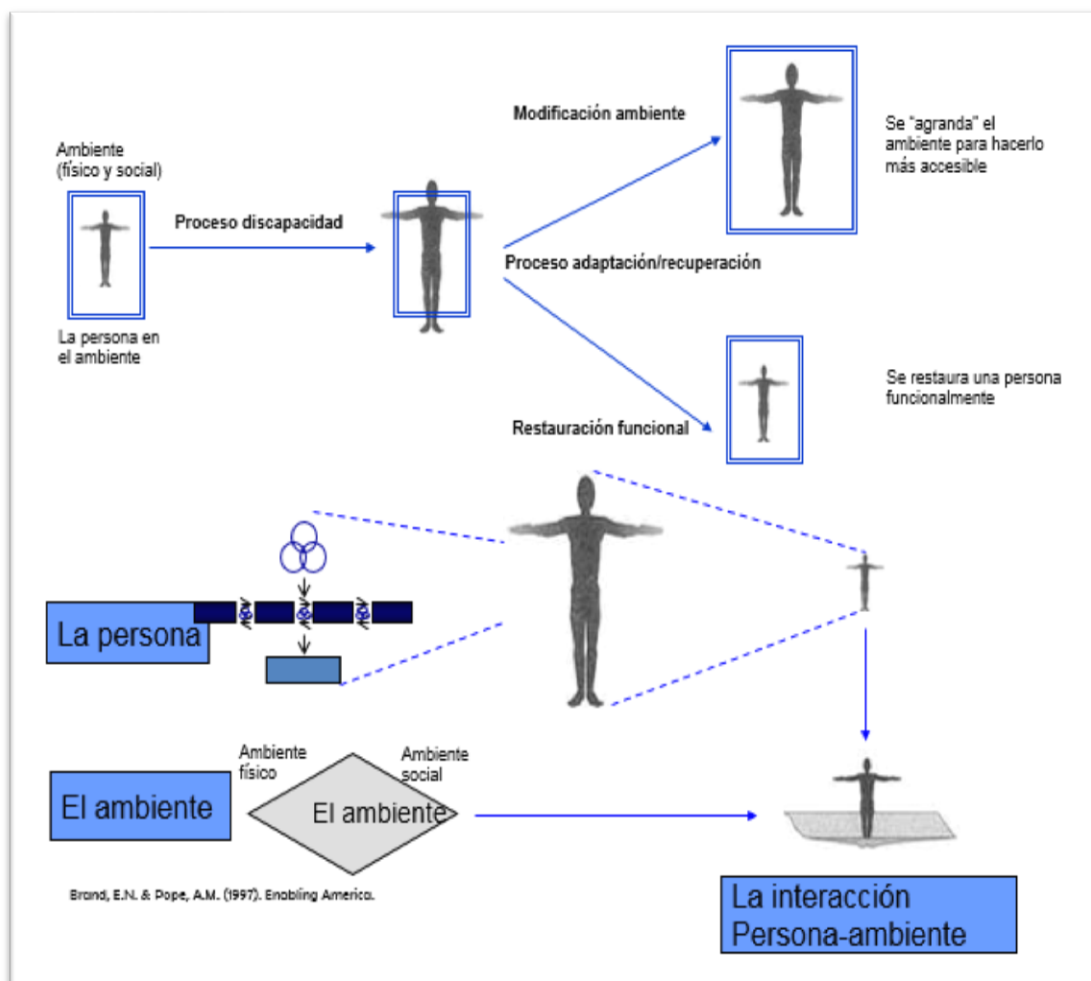
La discapacidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM) como:

“Término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social el artículo” (37).

4.6.2 Estudios de la Discapacidad

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) intenta conseguir una síntesis y así, proporcionar una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. Por un lado, pueden utilizarse para indicar problemas (ej. deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación; todos ellos incluidos bajo el concepto global de discapacidad). Por el contrario, también pueden indicar aspectos no problemáticos (ej. neutrales) de la salud y aspectos “relacionados con la salud” (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento) estos componentes están integrados bajo los términos de funcionamiento y discapacidad y depende tanto de la condición de salud como de su interacción con los factores personales y ambientales (Figura 2) (38).

Figura 2 . Interacciones entre los componentes de la CIF



Fuente: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (38)

Para Agustina Palacio La discapacidad es un resultado de una historia de persecución, exclusión, y menosprecio desde tiempos muy lejanos se han visto sometidas quien ha podido desarrollar, aquellos aspectos de la consideración de la discapacidad como una cuestión de derechos humanos, que poseen trascendencia para la propia teoría general de éstos y para el tratamiento de las técnicas antidiscriminatorias que son, hoy en día, uno de los principales ámbitos temáticos teóricos y prácticos de los derechos humanos ; plantea unos modelos para la atención y orientación de las personas con discapacidad (Tabla 1) (9,39).

Tabla 1: Modelos de la aproximación Histórica de la Discapacidad

| | |
|----------------------------------|---|
| MODELO DE PRESINDENCIA | La discapacidad como producto del castigo de los dioses por un pecado cometido generalmente por los padres un pensamiento donde la persona con discapacidad no tiene nada que aportar a la sociedad |
| Submodelos De Presidencia | <p>Eugenésico Considera la persona con discapacidad; un ser cuya vida no merece la pena ser vivida. el caso de detectarse diversidades funcionales congénitas, los niños y niñas afectados son sometidos a infanticidio</p> <p>Marginación La exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas. Es decir, que ya sea por menosprecio ya sea por miedo, la exclusión parece ser la mejor solución y la respuesta social que genera mayor tranquilidad</p> |
| MODELO DE REHABILITACIÓN | Ya no son religiosas, pasan a ser científicas no se habla de Dios o del diablo, de lo divino o maligno. Alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar |
| MODELO SOCIAL | <ul style="list-style-type: none"> • Resultado de los esfuerzos del movimiento de las propias personas con discapacidad, a mediados de la década de los años sesenta del siglo pasado lucha frente a la situación de opresión social. • La vida de una persona con discapacidad, la cual tiene el mismo sentido de vida a una persona sin discapacidad. • Las personas con discapacidad remarcan que ellas tienen mucho que aportar a la sociedad, pero para ello deben ser aceptadas tal cual son, muy relacionada con la inclusión y la aceptación de la diferencia, • Las niñas y niños con discapacidad deben tener las mismas oportunidades de desarrollo la educación debe tender a ser inclusiva adaptada a las necesidades de todos |

Fuente: Elaboración a partir de Palacios A. El modelo social de discapacidad (39)

Según Rutherford y Stowe clasifican cinco modelos de discapacidad, como resultados de la percepción de la gente acerca de la discapacidad y de las actuales políticas establecidas como los son: estudios de la capacidad humana, estudios públicos, estudios culturales, estudios éticos y filosóficos, estudios de tecnología, esta clasificación resulta muy útil para quienes quieran crear nuevas políticas, todo para esto se necesita identificar el modelo que se ajusta a nuestros intereses luego de realizar un seguimiento de estos conceptos se deberá realizar una matriz y aplicar los estatutos o leyes establecidas (Tabla 2)(40).

Tabla 2: Modelo como pensar la discapacidad

| MODELO | PERCEPCIÓN | POLÍTICAS |
|--------------------------------------|--|---|
| Capacidad humana | Las capacidades y el desarrollo del individuo con discapacidad | Identifican el comportamiento, de manera individual, mediante técnicas de enseñanza adaptada a las necesidades y capacidades |
| Estudio públicos | la discapacidad como una condición humana que debe ser abordado a través de procesos políticos y que justifica | Bajo los principios de autonomía, privacidad y confidencialidad, libertad, integración, receptividad cultural en la toma de decisiones. |
| Estudio culturales | Papel del individuo y la familia cómo son vistos dentro de su sociedad en particular. | Entender la naturaleza y el propósito de la política que se aplica a las personas con discapacidad y sus familias. |
| Estudios éticos y filosóficos | propia comprensión sobre el significado existencial o metafísico de la discapacidad. | Conceptos básicos de protección del daño, prevención, mejora, autonomía y la capacidad de respuesta cultural. |

| | | |
|------------------------------|--|--|
| Estudio de tecnología | Relación del medio ambiente con el mundo físico con la persona con discapacidad. | “diseño universal” de manera que sea accesible y eficaz para una persona con discapacidad. |
|------------------------------|--|--|

Fuente: Elaboración a partir Rutherford H., Stowe M. Five models for thinking about disability (40)

Otros enfoques como lo es el modelo de conceptualización en Colombia; a través del tiempo ha tenido acercamientos múltiples que han generado, caracterizado, marcado acciones y respuestas de las sociedades de diferentes lugares del mundo; Por otra parte, respecto al uso de definiciones de discapacidad para la estimación de la prevalencia de la discapacidad en Colombia se evidencia una situación en la cual se adoptan diferentes definiciones. La discapacidad ha tenido una variada gama de acercamientos: desde posiciones individuales en las cuales se afirma que está localizada en el cuerpo, que es causada por enfermedad, daño u otra condición de salud y que, por tanto, requiere cuidado médico a través de tratamiento, rehabilitación y el derecho a la educación (Figura 3) (41).

Figura 3: Modelos Contexto Colombiano



Fuente: Cuervo Echeverri C. Conceptualización de discapacidad (41)

4.6.3 Normatividad

La Asamblea General de la ONU adoptó, el 13 de diciembre de 2006, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, una aproximación a los diferentes modelos orientados a personas con discapacidad¹⁷ y la capacidad jurídica de las personas con discapacidad (7).

La Ley Estatutaria No. 1618 del 27 de febrero del 2013, ratifica lo establecido en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) del 30 marzo del 2007, donde se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Y en tema de salud mediante el Art. 10 se reafirma el derecho de las personas con discapacidad a una salud oportuna y adecuada en común acuerdo con la Ley 1346 de 2009 (6, 7)

Partiendo de La Ley General de Educación (ley 115) de 1994 identifica a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, como parte de los grupos poblacionales de modalidad educativa. Para ello, los artículos 46, 47 y 48 abordan aspectos referidos a integración educativa, apoyo y fomento, respectivamente, relacionados con la población con discapacidad. El concepto de esta ley parece estar también relacionado con el modelo individual, la deficiencia y la limitación (42)

El plan de cenal de salud pública (PDSP) 2012-2021, busca garantizar la adecuación de los servicios de salud con perspectiva de género, con atención humanizada y de calidad de acuerdo a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres, según su edad, pertenencia étnica, discapacidad y otros factores que generen vulnerabilidad (37).

Como consecuencia, las experiencias vividas por diversidad de mujeres, hombres, niñas, niños, jóvenes y mayores quedan asociadas al déficit, a la dependencia, a la desviación de la norma construida, a la estigmatización y a la categorización negativa; lo mismo que a la idea de que las personas requieren vivir una serie de acciones orientadas a la inclusión escrita según los criterios de la sociedad mayoritaria. Por eso es menester, escucharles con atención y, sobre todo, “ver en boca de quiénes aparece la palabra “inclusión” y no tanto qué significa la palabra”. (43)

Los organismos internacionales relacionados con salud han incorporado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud -OMS, utiliza un enfoque “biopsicosocial”, y define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones complejas entre las limitaciones

¹⁷ Terminología adoptada de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Existe otras formas de ser reconocidos con terminología como la diversidad funcional. (13)

funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona. La CIF Incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales) (44).

Se desconoce el número de niñas y niños con discapacidad pertenecientes a comunidades indígenas, incluyendo la comunidad indígena Misak-Guambiana en el Cauca(10). La interseccionalidad étnia/discapacidad devela las múltiples desigualdades, opresiones y marginaciones que vive una población históricamente situada(38).

La necesidad de cuidado de las personas con discapacidad directa o indirectamente hace que muchas personas cumpliendo la función de cuidadoras o cuidadores se vean imposibilitadas a desarrollar su vida normalmente por las duras exigencias que requiere una persona con discapacidad, así como también personas que en medio de su discapacidad desarrollan actividades por sus propios medios, personas con discapacidad que se ven en la necesidad de realizar autocuidado por no tener a nadie bajo su cuidado.

4.7 Cuidadoras, Cuidadores y Autocuidadores

4.7.1 Definición

El cuidado, como compromiso y acción dirigida hacia el bienestar de otros, ha sido asumido tradicionalmente en todas las culturas como un rol ligado al género femenino; el cuidado suministrado por las mujeres hacia su familia y allegados ha permitido que los pueblos y sociedades existieran y crecieran tanto en número como en bienestar. Nuestras sociedades han contribuido de forma definitiva a la invisibilidad y desvalorización del cuidado prestado por las mujeres (45). Todas las sociedades tienen personas dependientes a quien cuidar (menores, adultos mayores y personas con discapacidad) y personas que cuidan. La capacidad para resolver las necesidades de cuidado es crítica para el bienestar de la sociedad. Si bien existen diferentes maneras de organizar la provisión de cuidado, aún hoy en día esta labor sigue concentrada en la esfera de la familia y es hecha mayoritariamente por las mujeres en forma no remunerada (46).

El rol del cuidador o cuidadora, concepto que hace referencia a las personas o instituciones quien están a cargo de las personas que presentan algún nivel de dependencia, por lo tanto, no es un término exclusivo para la población con discapacidad, se dedican diariamente al cuidado de estas personas, invirtiendo un tiempo importante para ello. La función del cuidador o cuidadora, en estudios

realizados han confirmado que es la mujer en muchos de los casos quien asume el papel, compromiso del cuidado de su familiar, incidiendo directamente en su proyecto y plan de vida (47).

El cuidador (a), es aquella persona que asiste a otra persona afectada de cualquier tipo de discapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (48).

4.7.2 Clasificación

Se distingue entre cuidadores formales e informales o no formales. En este sentido, la diferencia entre los cuidadores formales (CF) y los cuidadores no formales (CNF), está dada por la dependencia institucional en la cual se inscriben quienes brindan estos servicios (Tabla 3) (48).

Tabla 3. Diferencia en la función de los cuidadores

| CUIDADOR FORMAL | CUIDADOR NO FORMAL |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> -Profesional al cuidado de una tercera persona. -Dispone de capacitación y preparación para el desempeño -Recibe honorarios por el trabajo efectuado -Horarios previamente pactados para el cuidado | <ul style="list-style-type: none"> -Prestación de cuidados a personas dependientes por parte de un Familiar, amigos u otras. -No reciben retribución económica por la labor realizada -No capacitación ni preparación para el desempeño -Ofrecen atención sin límite de horario |

Fuente: Elaboración a partir de Escobar M y Peñas O. (48)

Como proceso, el cuidado involucra cuatro fases analíticas separadas pero interconectadas: preocuparse por (*caring about*), que implica una necesidad a la que debe darse respuesta; encargarse de (*taking care of*), que significa la posibilidad de hacer algo con la necesidad identificada; dar cuidado (*care giving*), es decir, hacerse cargo directa mente de responder a las necesidades; y, recibir cuidado (*care receiving*) que se refiere a la respuesta al cuidado de quien lo

recibe. (Hernández, Amparo, Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género. Tesis Doctorado, Universidad Nacional de Colombia, 2015)

Se pueden distinguir diferentes tipos de cuidados según el proveedor que los dispensa. Si estos cuidados son realizados de forma autónoma por cada persona, son llamados **autocuidados**¹⁸. Por razón de edad, de enfermedad o discapacidad física o mental, no se puede realizar el cuidado autónomamente, por lo cual se requiere de otras personas que suplan y apoye las actividades cotidianas de la persona con discapacidad o tercera edad o persona con enfermedad crónica en **personas dependiente**¹⁹. Cuidar y cuidado; cuidar no es únicamente una actividad física sino también, y fundamentalmente, una actividad mental; cuidar significa, sobre todo, planificar y estar pendiente, prever las necesidades antes de que surjan (45).

La habilidad de la cuidadora y cuidador se considera como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que disponen un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a creer o valorar su propio ser. Las cuidadoras o cuidadores, son familiares o cercanos que se ocupa de brindar de forma prioritaria apoyo tanto físico como emocional a otro, de manera permanente y comprometida (49).

Las personas con discapacidad generan un aumento del número de cuidadores informales, existen estrategias que brindan apoyo, no solo a nivel institucional sino especialmente a la comunidad y a la familia, dado que ésta generalmente es el principal agente cuidador y proveedor de cuidados de salud contribuyendo a la integración a su entorno social contar con ayudas adicionales alivia en cierta medida la función de los cuidadores formales, quienes en ocasiones dejan de lado las necesidades de otros hijos y de la pareja, posponen para dar prioridad a las del hijo/a con discapacidad. Cuidador (a) que por lo general ve afectada su salud física y corporal por estrés, cansancio y fatiga debido a las largas jornadas, por la fuerza física y el manejo especial que requiere su hijo/a, incrementándose más si es una persona con discapacidad múltiple (50, 51).

El programa “Cuidando a los cuidadores”, diseñado por el Grupo de Cuidado al paciente crónico de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, hace referencia al plan de apoyo que requiere este tipo de población en cuanto al cuidado que se le debe brindar; está relacionado directamente con los profesionales de la salud que contribuyen en el proceso de la recuperación. Se han incluido profesionales como enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas

¹⁸ Dorothea Orem (Hartweg, 1991) define los autocuidados como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores, internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Estas tienen como objeto mantener el funcionamiento íntegro de la persona de forma independiente(45)

¹⁹ el Consejo Europeo(1998) se entiende por personas dependientes quienes por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de actividades de la vida diaria(45)

ocupacionales, psicólogos, médicos, líderes religiosos y voluntarios que han sido del mayor beneficio para los participantes. Se han hecho remisiones y se han establecido múltiples contactos con servicios y asociaciones profesionales y de familiares de personas enfermas que ofrecen servicios invaluable a estas personas y a sus familias (52).

4.7.3 Normatividad

Los cuidadores y cuidadoras se pueden acoger a la normatividad: Ley 1413 de 2010 Por medio de la cual se regula la inclusión de la economía del cuidado en el sistema de cuentas nacionales con el objeto de medir la contribución de la mujer al desarrollo económico y social del país y como herramienta fundamental para la definición e implementación de políticas públicas y al Proyecto 721 - discapacidad, familias, cuidadores y cuidadoras: Acompañamiento psicosocial a personas con discapacidad, sus cuidadores y cuidadoras con miras al fortalecimiento del proceso de inclusión social (47).

Para finalizar este capítulo podemos ver como otros países donde habitan comunidades indígenas realizan estudios encaminados a la no vulnerabilidad de sus derechos y a un atención en salud; como el estudio realizado en los estados unidos donde comparaban la atención brindada a las personas con discapacidad, la raza y el origen étnico y a su vez mirar el estado de salud dental de estas personas con la población hispánica, el cual tenía como propósito determinar la atención inclusiva con cada una de ellas, obteniendo como resultado que las personas en condición de discapacidad y la pertenencia a un grupo racial y étnico fueron desatendidos de los servicios evidenciando no adecuado estado de salud dental, asociado con una mayor magnitud especialmente para los indios americanos, nativos de Alaska, y las personas con discapacidad multirraciales a comparación de la población Hispana (53).

5. DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología utilizada para el estudio permitió reconocer los saberes en una población doblemente vulnerable, para esto se apoyó en una estrategia de búsqueda literaria y en una modalidad de estudio cualitativo de orden descriptivo; para enriquecer la investigación.

5.1 Estrategia de búsqueda literatura

La estrategia de búsqueda para la revisión de la literatura científica se basó en fuentes primarias, secundarias y obras de referencia; entre las cuales se consultó revistas científicas, libros, tesis y literatura socialmente disponible; utilizando base de datos: Science Direct, SciELO, Pubmed y Wiley Online Library; entre un periodo comprendido de 10 años desde 1996 al 2016; las áreas de búsquedas se relacionaron con personas con discapacidad, salud bucal, saberes en salud bucal de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad y cosmovisión indígena.

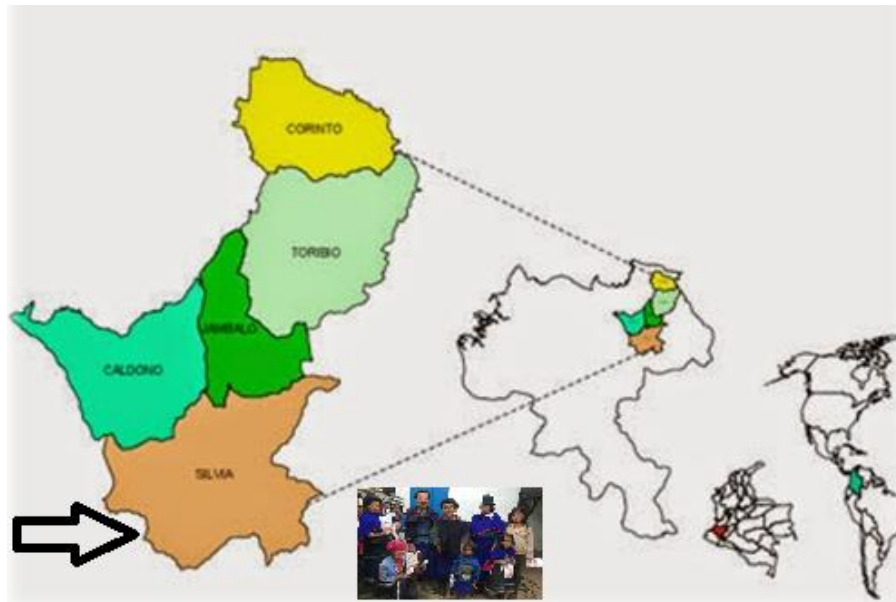
Se utilizó descriptores o palabras clave basadas en la Biblioteca Virtual en Salud (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y SciELO (<http://www.scielo.org>): Medicina Tradicional, Cuidadores, Higiene Bucal, Personas con Discapacidad, Salud de Poblaciones Indígenas, Plantas Medicinales.

5.2 Tipo de estudio

Se realizó un estudio cualitativo de modalidad descriptivo con enfoque de la fenomenología donde se describió la experiencia sin acudir a explicaciones causales, focalizada sobre la experiencia vivida. La técnica de recolección de información fue a través de una entrevista abierta dirigida a cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano) y a personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia, ubicado en el municipio de Silvia, departamento del Cauca- Colombia (figura 4, 5) durante los meses de marzo y junio del 2016.

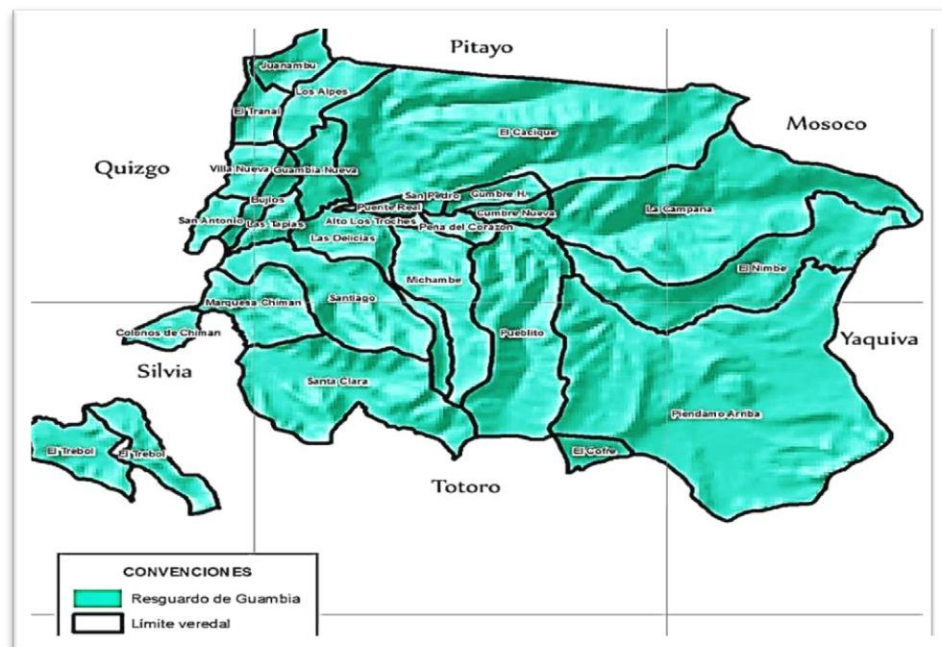
Para el rastreo de las fuentes etimológicas, la búsqueda de frases idiosincráticas o modismos, se obtuvieron a partir de las descripciones experienciales (vivencias) de las y los cuidadores, la observación y la reflexión adicional de literatura, escritura y reescritura fenomenológica. Para el análisis: se involucra la identificación de la estructura del fenómeno bajo estudio mediante una dialéctica (conversación/diálogo) entre los y las cuidadoras, personas con discapacidad y el investigador. Este conocimiento se generó a través de un proyecto conjunto en el cual participante e investigador, juntos, se comprometieron a describir el fenómeno bajo estudio.

Figura 4. Ubicación geográfica Municipio de Silvia



Fuente: Elaboración a partir archivos de investigación, 2016

Figura 5. Limitación por veredas Resguardo de Guambia



Fuente: universidad de Cauca proceso de recuperación de tierras de la comunidad Guambiana 1970- 2005

5.3 Proceso o estrategia metodológica

Avalado el proyecto de investigación por el comité de ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia y la aprobación de la autoridad mayor (cabildo) del Resguardo Indígena de Guambia y con el precenso de la población con discapacidad que reposaba en el Hospital Mama Dominga (Fotografía 1); permitió llegar a la población objeto: cuidadoras y cuidadores y personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia y ubicadas en las veredas donde existía previa información; dado que existen veredas con personas sin discapacidad, destinadas a la agricultura o ganadería.

La llegada a cada familia de cuidadores y cuidadores y de las personas con discapacidad ubicadas en las diferentes veredas se realizó con la colaboración de un auxiliar de enfermería a cargo del programa de personas con discapacidad del Resguardo perteneciente al cuerpo de trabajo del Hospital Mama Dominga y con el apoyo de la estudiante Cinthya Solórzano Vera del posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar de la Universidad Nacional de Colombia.

Fotografía 1. Hospital Mama Dominga



Fuente: Elaboración a partir de archivos de investigación, 2016

5.4 Trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en dos momentos, el primero durante el mes de marzo del 2016, se recorrieron 20 veredas una distantes de otras encontrando 50 familias donde habitaban una o dos personas con discapacidad y su respectiva cuidadora, cuidador o la persona con discapacidad quien habitaba solo la vivienda y hacia las funciones autocuidador; el segundo trabajo de campo se desarrolló durante el mes de junio del 2016, recorriendo las 8 veredas más encontrando 24 familias donde habitaban una o dos personas con discapacidad y su respectiva cuidadora, cuidador o cuidadores.

5.5 Entrevistas abiertas

Se elaboró una entrevista guía como instrumento de trabajo para la realización de las entrevistas abiertas; se realizó una prueba piloto previo al trabajo de campo, donde se realizaron los previos ajustes, para el desarrollo de las entrevistas en el trabajo de campo.

El investigador miembro de la comunidad²⁰, realizó las entrevistas abiertas a cada una de las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad del Resguardo de Guambia en lengua propia (Namtrik) o en idioma español, lo que facilitó una dialéctica (conversación/diálogo) entre los y las cuidadoras y el investigador.

Se entregó el un folleto instructivo del estudio a realizar; el cual contenía los objetivos del estudio y las consideraciones éticas del mismo para poder ser firmado y participar de la investigación. Aceptada las condiciones del estudio, se firmó el consentimiento informado, el cual estaba en el idioma español y traducido en lengua propia Misak. Luego se iniciaba con la entrevista con un tiempo de duración de 10 a 25 minutos, entrevista que fue grabada, monitorizada, fotos del cuidador, fotos de plantas que usualmente utilizaban para el cuidado de la salud bucal de la persona con discapacidad y fotos de la persona con discapacidad que estaba a su cuidado. La información obtenida dependió de la disponibilidad de entrevistado, y en algunos casos no permitió registro de audio ni fotográfico.

El análisis de la información obtenida en el trabajo de campo se realizó por pasos; inicialmente organización del material, transcripción y fragmentación de los audios, análisis descriptivo donde se hace un acopio de todo el material. Un segundo paso donde se segmenta la información por categorías descriptivas que van emergiendo de los mismos datos y una tercera que permite una reagrupación, lectura y análisis de los datos.

²⁰ El investigador entiende, habla la lengua propia (Namtrik) y el español

5.6 Aspectos Éticos

Los aspectos éticos se basaron en la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Artículo 5: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 6: Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen. Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo, Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes ; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

ARTICULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTICULO 10. El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación.

ARTICULO 11. Para efectos de este reglamento las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías: a) **Investigación sin riesgo**: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta

ARTICULO 16. El Consentimiento Informado, del sujeto pasivo de la investigación, para que sea válido, deberá cumplir con los siguientes requisitos: Será elaborado por el investigador principal, con la información señalada en el artículo 15 de ésta resolución. b. Será revisado por el Comité de ética en Investigación de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional donde se realizará la investigación. c. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación. d. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su defecto. Si el sujeto de investigación no supiere firmar imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe. e. Se elaborará en duplicado

quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o su representante legal.

ARTICULO 18. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y de otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de Consentimiento Informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 14, 15 y 16 de esta resolución. Según la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos se tendrá en cuenta:

Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos 1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas. Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 12 – Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

El consentimiento informado se transcribió a la lengua MISAK (Guambiano). (Ver Anexo 1)

5.7 Derechos de autor

La propiedad intelectual es la denominación que recibe la protección legal sobre toda creación del talento o ingenio humano dentro del ámbito científico. La protección que la ley colombiana otorga al Derecho de autor se realiza sobre todas las formas en que se puede expresar las ideas, no hay que registrar y permanece durante toda la vida del autor, más 80 años después de su muerte, luego pasa a ser de dominio público. El registro de la obra es para dar seguridad a los autores. Nos comprometemos a seguir las pautas del Acuerdo 035 de 2003 “Estatuto de Propiedad Intelectual”.

Se adjunta formato de acuerdo de confidencialidad para quienes participan en procesos de investigación enviado por el centro de investigación y extensión de la Facultad de odontología de la Universidad Nacional (Ver Anexo 3)

5.8 Financiación

El trabajo de investigación se financió con recursos propios y con el apoyo de la Facultad de Odontología, mediante la “Convocatoria estímulo a la investigación Facultad de Odontología 2016-1”.

6. RESULTADOS

Los saberes en salud bucal de la población con discapacidad en la comunidad Indígena Misak (Guambiano), son el resultado de las prácticas de salud bucal realizadas por cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad pertenecientes al Resguardo Indígena de Guambia, estudio que permitió mediante la metodología planteada llegar a un análisis y unos resultados.

El resultado obtenido fue un total de 74 visitas de familias Misak tomando como guía el reporte de personas con discapacidad del Hospital Mama Dominga. Trabajo de campo con registros diarios, iniciando con la casa 1 hasta la casa 74 (tabla 4); visitas en donde no todas accedieron a ser grabadas y en otros casos no permitían el registro fotográfico. De las cuales 40 familias aceptaron ser entrevistadas y grabadas, 29 familias aceptan ser entrevistadas pero no grabadas, 4 casas en donde no se encuentra al cuidador ni al discapacitado, 1 persona no acepta entrevista ni grabación la persona se encuentra solo en casa e inmovilizado cama; también se registró 5 familias donde el cuidador tenía cargo dos personas con discapacidad (fotografía 2) 2 familias que se componía de madre e hijo ambos en condición de discapacidad y 5 personas que vivían solas y realizaban autocuidado, de esta manera se dio por terminado el trabajo de campo para el análisis y resultados del estudio.

Fotografía 2. Cuidador(a) de dos personas con discapacidad



Tabla 4. Número de visitas por veredas del Resguardo

| VEREDA | FAMILIA |
|---------------------|---------|
| PUEBLITO | 2 |
| ÑIMBE | 4 |
| CAMPANA | 6 |
| ALTO MENDEZ | 1 |
| PEÑA DEL CORAZON | 4 |
| SAN PEDRO | 1 |
| ALTO DE LOS TROCHES | 1 |
| PUENTE REAL | 2 |
| MICHAMBE | 2 |
| CACIQUE | 12 |
| LAS DELICIAS | 1 |
| GUAMBIA NUEVA | 1 |
| LAS TAPIAS | 1 |
| AGUA BLANCA | 1 |
| CHORRERA | 1 |
| SANTIAGO | 4 |
| BUJIOS | 5 |
| TRANAL | 3 |
| SAN ANTONIO | 4 |
| VILLA NUEVA | 3 |
| JUANA UMBU | 1 |
| TENGO | 1 |
| TREBOL | 2 |
| TEJAR | 2 |
| LA MARQUEZA | 1 |
| MUNICIPIO DE SILVIA | 8 |
| TOTAL | 74 |

Fuente: archivo de investigación 2016

Durante el estudio fueron emergiendo diferentes categorías, resultado de las entrevistas realizadas de las y los cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad Indígena Misak. Categorías como: concepto de Discapacidad partiendo de la concepción de salud y enfermedad, Credo religioso, creencias usos, costumbres desde la espiritualidad propia del Resguardo, concepto de caries y saberes en salud bucal.

6.1 Concepción discapacidad de las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad

Para las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad de la comunidad Indígena Misak, el término discapacidad era claro; lo relacionaban con personas especiales, quienes por su condición estaban limitados a realizar ciertas funciones que normalmente ellos, quienes no tenían la misma condición la hacían. La discapacidad para la mayoría de las y los cuidadores es secundario a una enfermedad que padeció la madre durante la gestación, o se desarrolló en el transcurso de la vida, también su relación desde la espiritualidad propia de sus creencias (kallim, pishimisak o los maleficios), manifestaban hay enfermedades incurables para la medicina occidental, muchas veces dependiendo solo de la medicina tradicional o en muchos casos desde su credo religioso, a partir de lo que ellos le ofrenden a Dios, la enfermedad de su familiar llegan a tener cura o se pueden sobrellevar.

Familias con posibilidades económicas más estables permitían tener accesos a la salud, educación desde sus propios medios, Permitiendo así conocer e indagar más, partiendo del diagnóstico dado; incluso casos donde se le había realizado procedimientos odontológicos bajo anestesia general y controles con especialistas y casos de familias con bajos recursos económicos que jamás habían llevado a su familiar con discapacidad a una cita médica u odontológica, casos donde desconocían el diagnóstico médico que podría tener.

De esa manera nos lo da a conocer una cuidadora de un niño de 9 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Down (Fotografía 3):

6.1.1 Concepción discapacidad.

“Entiendo por discapacidad, son personas con diferente talentos pero son igual que nosotros, la discapacidad no es una enfermedad todo eso me lo han enseñado los médicos y en los diferentes talleres a los que ido, le hicieron el tratamientos de los dientes en Cali con anestesia general, siempre voy a Cali a los controles médicos y de la boca“.

Fotografía 3. Cuidador(a) y persona con síndrome de Down



Fuente: archivos de investigación 2016

Concepción de discapacidad

Padres y cuidadores de una persona de 20 años de edad, con discapacidad Mental y sensorial (visual) habitantes de la vereda Ñimbé alto (aceptan la entrevista pero en idioma propio namtrik); definen la discapacidad como: (Fotografía 4)

NAMTRIK:

“Kan kuantrø køpik- køn chiwantøkucha martrap kaimapelø urek, køllelø, kølik, ishuk, møk. Ashchap kaimapelø, kullchap, waminchap møtrøp treek kutri na palapikpe nu isumtik køpik køn. Kan ishuk misak, kutøke chikucha martrap kaimapik nenamannitik-tsara tranintik, nui keelan kenanintik kutøke chicucha marmik warapeløkøen namui misak pirau. Mukucha purukumuilø kan møk unø turyu køtrø itsik yantø kuatrø misrik kutøke ketrik, kape chikaik

isumik, marmik, mθrmik, waminchimik kutθke maratranintik kucha waran tap untaramuilθ.”

ESPAÑOL

“La discapacidad es una enfermedad que impide hacer muchas cosas, como trabajar, hablar, mirar. Como mi hijo todo por el golpe en su cabeza, desde ahí el quedo discapacitado a él todo se le debe hacer, darle la comida, lavarle su ropa, vestirlo así son sus días.”

Fotografía 4. Padres y cuidadores de persona con discapacidad cognitiva y sensorial



Fuente: archivos de investigación 2016

La discapacidad concebida como una enfermedad; muchas veces incurable para la medicina occidental; por lo cual se recurre a la medicina tradicional para la cura o mejoría y en otros casos se apela la creencia religiosa para la cura de su familiar.

El conocimiento acerca de la discapacidad depende de diferentes factores como el económico; familias con posibilidades económicas más estables permitían tener accesos a servicios de salud y educación; permitiendo conocer e indagar

más, sobre el diagnóstico médico emitido por un especialista e incluso han recibido atención de odontología integral bajo anestesia general fuera del resguardo indígena; mientras que familias con bajos recursos económicos jamás habían llevado a su familiar con discapacidad a una cita médica u odontológica, casos donde desconocían el significado del diagnóstico médico.

Familias que agotan recursos buscando respuesta o cura para su familiar, en la gran mayoría de familias Misak quien tiene bajo su cuidado a una persona con discapacidad, se puede ver reflejado como la religiosidad ha tomado importancia dentro del resguardo dejando de lado su origen y la espiritualidad del ser Misak propias de los antepasados otra de las categorías que fueron emergiendo en el estudio.

6.2 Credo Religioso de las y los cuidadores de personas con discapacidad y Autocuidadores con discapacidad

El credo religioso de los habitantes de resguardo tiene inclinaciones católicas y cristianas, independiente a esto, no relacionan la condición de su familiar con discapacidad como un castigo de Dios. Un alto número de familias Misak pertenecen a iglesias de la alianza cristiana, las cuales se han apoderado fuertemente en cada una de las veredas del resguardo de las 69 familias 42 pertenecen a la iglesia alianza cristiana y 27 a la iglesia católica, las personas que frecuentan la iglesia alianza cristiana crean en ellos un pensamiento en contra de cualquier práctica terrenal y un desconocimiento a lo propio; en medio de las entrevista se puede ver reflejado como para ellos está en contra de su religión seguir las costumbres de los Misak como por ejemplo la práctica de la medicina tradicional, la existencia del kallim y pishimisak, parten solo de la existencia de Dios. Lo que hace contradictorio como alguien de la religión católica aún conserva las creencias y prácticas del Misak y luchan por mantenerlas.

6.2.1 Credo religioso

De esa manera nos lo da conocer los padres y cuidadores de persona con discapacidad mental y sensorial (limitación visual bilateral) (aceptan la entrevista pero en idioma propio namtrik).

NAMTRIK:

“Namui misak ute ʔyek kuantrʔtʔkar waran urek ishuk mok. Kuatrʔ asik yausrʔ sruampik kaimailʔ tamartrap nʔtrʔ - kuatrʔmeran ashipelʔ kaiman nu pachisrʔnkatik sruampik pureimʔn. Yana sruamʔneik ankʔpa purʔ nu kastapen, mi sakpe yantʔ pishimarchipen ni chi mariken pureimʔn. katʔkuchi nuran kuantrʔpe antʔ patsan. chukʔpen srua llirar natakasrʔ lajassrʔ Bugasrʔ trupa pelamera srʔla pʔnsrʔpen pureimʔn. Yante kankatʔ misrap alianza Cristianayu purayar inchen kaishitʔ mʔrʔp-lateitan wamichen. Mʔipe chiyuken kremur pishimisakwane ka antʔ pinan santoswan kucha trupa trupa murkʔtan kuantrelan asamik.”

ESPAÑOL

“Lo llevamos al hospital y no pudieron curarlo ni los médicos especialistas gastamos mucho dinero, los familiares me decían que ya en el hospital no va tener cura que es el pishimisak un espíritu de las montañas que si se llevan a los niños ese espíritu se apodera de ellos causando enfermedades incurables, por eso no lo lleve más al hospital y lo llevamos al médico tradicional y nuevamente gaste dinero y no lo curaron, antes era católico y fui santuarios de Nataga, Lajas y Buga el niño se acercaba con una vela encendida a cada uno de esos santo y no vimos cura, ahora estamos en la iglesia alianza cristiana en manos de los hermanos hemos visto mejoría al menos entiende cuando le pedimos algo, ahora yo no creo en nada de esas cosas del pishimisak ni en imágenes de esos santos”.

Credo religioso

De la misma manera nos lo dio a conocer un Taita de Resguardo padre y cuidador de un joven de 16 años de edad, quien presenta discapacidad sensorial por limitación visual bilateral secundaria a tumor con proximidad del nervio óptico (Fotografía 5).

“No creo en el pishimisak ni la medicina tradicional pero si utilizo algunas plantas, mi hijo comenzó a sufrir desde los 3 años, en los primeros días fuimos hasta quichaya al médico tradicional, me mintieron diciendo que a mi hijo le habían hecho un mal que viviría por tres semanas si no le hacían las curaciones el niño moriría. Y mire ya son 9 años que pasaron y está vivo y con nosotros”.

Fotografía 5. Cuidador de persona con discapacidad sensorial



Fuente: archivos de investigación 2016

Después de conocer otras categorías donde involucran de manera directa e indirecta el cuidado de la persona con discapacidad, permite llegar a uno de los objetivos principales del estudio, conocer las prácticas en salud bucal. Prácticas propias de la comunidad indígena Misak, categoría que la hemos denominado.

6.3 Saberes en salud bucal de las y los cuidadores y personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad

El concepto que surge con respecto a la salud bucal para las y los cuidadores y las personas con discapacidad es estar y sentirse bien de la boca, sin dientes dañados, los dientes sirven para comer, y si el diente está dañado es cuando

comienza el dolor y el mal olor en la boca; si duele un diente es mejor sacarlo y santo remedio.

NAMTRIK:

“Misak merape asrwan tap tθka kθmikpe untaramik kθn triwan trukulwan chiwantθ kacher asrwane mihtishi mumik-kθn tap tθkakθmik. Trukul trereipe trθmpθkθlik itrapik-kθn, tap mantrap, mutchap kaiman trunpusrkuapto trupe wesramik kθntrun.”

6.3.1 Concepto de caries

Expresado para ellos como la muela dañada, un gusano que se come el diente, y hace dolor e inclusive ocasiona mal olor en la boca. El pueblo Misak en épocas pasadas el cuidado de salud bucal estaba relacionado con las concepciones de retirar todos los dientes, para tener un solo dolor y se optaba por la colocación de la caja de dientes con enchape de oro²¹, actualmente asisten a la consulta odontológica, sin embargo todavía hay personas que los cuidadores, cuidadoras y personas con discapacidad referían tener prótesis totales, , otros sin dientes, otros con dientes de leche y dientes para toda la vida con experiencia odontológica y otros no han sido atendidos en los servicios odontológicos, por el difícil comportamiento, por las difíciles condiciones de transportar a la persona con discapacidad hasta el Hospital y por el desconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

NAMTRIK:

“Trukul trerappe pillmamupen kθpikkθn . kan kushi map wapik kθn trukul trapyu, trek kutri puspuap mentapik kθn. Nammisak mθilθpe tsilθ tθka mθ marθpelθkθn. Unθ kθrik kuinchen mθmariyaumai pereipen trukul ashipikwan-asha. kθrik kuitan ashchap mamθn trukulmeran. Memarθpikpe kutθke asrwan kinana ashchapchipen nam kucha kθrik misrer tsantsθn meran mintishin treitamap, trukul ashipik namθm treitamap. Tre mapamikpe nu pachisrθ kuikθn (Cali) ka tamneputan antθ yan unan pera unamik “

²¹ En lengua Misak las prótesis total acrílica es conocida como caja trukul

ESPAÑOL

“La caries se da cuando un gusano entra en el diente por no cepillar lo va dañando y comienza a doler, para el dolor utilizamos plantas para el dolor porque si lo lleva al odontólogo él no se va dejar hasta para cepillarlo es difícil, una vez lo llevamos no se dejó y nos daba miedo que dañara los aparatos de la doctora, ella nos dijo que tocaba dormirlo todo, pero no hicimos eso porque es en Cali y no hay la plata” (Fotografía 6).

Fotografía 6. Cuidador(a) de personas con discapacidad



Fuente: archivos de investigación 2016

Luego de conocer los conceptos sobre la salud bucal, surgieron los diferentes conocimientos acerca de las prácticas de salud bucal propias del resguardo, herramienta fundamental de los y las cuidadoras así como también de personas con discapacidad sin limitación en las actividades y estrategias de cuidado bucal.

6.4 Prácticas en salud bucal de las y los cuidadores y personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad.

Las prácticas en salud bucal para las y los cuidadores y personas con discapacidad; son el resultado de los saberes desde tiempo atrás, como estrategias efectivas para disminuir el dolor, la inflamación, mantener los dientes sanos con en el uso de ciertas plantas; actualmente remplazados por el cepillo y la crema dental.

Diversos conocimientos fueron descritos y su diversidad dependía de la ubicación de la vereda dentro del Resguardo Indígena de Guambía dado que podían tener o no a su disposición algunas plantas que cumplían funciones importantes en el cuidado de la salud bucal. Como por ejemplo la hoja de coca muy utilizada por las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores; planta medicinal utilizada en infusión, donde el cuidador e indica que después de realizada la exodoncia se hacen enjuagues mañana y tarde por tres días para cumplir la función de disminuir el sangrado y los signos de la inflamación.

El resguardo de guambia está a una altura de 2500mts, de clima frío, por lo tanto la coca como planta medicinal no germina dentro del resguardo, es una planta que se da en regiones cálidas; y. Así nos lo da conocer la Mama perteneciente al resguardo, quien padece de artritis reumatoide degenerativa desde hace 15 años actualmente con 51 años de edad, quien vive con su hija con 13 años de edad, y practica el autocuidado nos comenta de la importancia de la coca (Fotografía 7)

6.4.1 Prácticas de salud bucal

“Yo perdí todos los dientes a los 30 años, por que vino pudriéndose entonces yo no podía estar así todos los días cepille y cepille entonces, entra agua caliente duele, agua fría duele yo ya tenía artritis y no había nadie que me hiciera, era muy difícil por eso me hice sacar todos los dientes, ponía hervir la coca con un poquito de sal, yo hacía gárgaras eso me calmaba la hinchazón y no venga la sangre. Que era muy bueno así me dijeron, como la coca no se da acá comprábamos”.

Fotografía 7. Autocuidadores con discapacidad física (artritis reumatoide) prácticas en salud bucal con planta medicinal (coca)



Fuente Archivos de investigación, 2016

Para la comunidad indígena Misak la práctica de la medicina tradicional es un legado ancestral, función designada al médico tradicional o curandero quien tiene la potestad y el conocimiento de las propiedades de las plantas. El conocimiento de cada una de las plantas medicinales para el cuidado de la salud bucal adquirido por las y los cuidadores y personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambía, es el fiel reflejo de la apropiación a los usos y costumbres la cual se mantiene de generación en generación.

Las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores encuentran en las plantas medicinales una alternativa en el manejo del dolor, inflamación, sangrado pos exodoncia e higiene oral, muchas de ellas sin experiencia médica u odontológica.

De las 69 Familias de cuidadores y personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia; 42 reportan el uso de medicina tradicional, 9 familias el uso de medicina occidental y 18 familias donde desconocían el uso de plantas medicinales o alternativas diferentes para el cuidado de la salud bucal; muchas de las familias combinaban diferentes alternativas buscando causar la misma función. El conocimiento de plantas medicinales propias del resguardo Indígena de Guambia, contribuye a la forma de como emplearlas, su función y efectividad en el cuidado de la salud bucal.

6.5 Función de las Plantas medicinales

La diversidad de plantas propias de la región registradas para en el estudio fueron: la salvia, hierba mora, hierba buena, encenillo, la canela común, canela de paramo, caléndula, Yantel, alta misa pacunga ,pilu, perejil, cogollo de la mata de frijol, chilco, botoncillo, arrayan, malva y angucho (Tabla 5).

Tabla 5. Medicina Alternativa

| PLANTAS | PROPIEDADES | FAMILIAS |
|-------------------|---------------------------------|----------|
| COCA | Analgésico, antiinflamatorio | 11 |
| | Cicatrizante | |
| SALVIA | Analgésico | 9 |
| | Antiinflamatorio | |
| HIERBA BUENA | Analgésico | 5 |
| | Antiinflamatorio | |
| CALENDULA | Antiinflamatorio | 3 |
| | Cicatrizante | |
| CANELA DEL PARAMO | Anestésico | 2 |
| HIEBA MORA | Analgésico, antiinflamatorio | 2 |
| | Cicatrizante | |
| PEREJIL | Analgésico | 2 |
| MALVA | Analgésico | 1 |
| | Antiinflamatorio | |
| CANELA COMUN | Analgésica | 1 |
| ARRAYAN | Antiinflamatorio | 1 |
| CHILCO | Analgésico antiinflamatorio | 1 |
| BOTONCILLO | Analgésico antiinflamatorio | 1 |
| MEJORANA | Desinfectante | 1 |
| ANGUCHO | Analgésico | 1 |

| PLANTAS | PROPIEDADES | FAMILIAS |
|---------------------------|------------------|----------|
| ALTA MISA | Analgésico | 1 |
| | Antiinflamatorio | |
| PACUNGA | Antiinflamatorio | 1 |
| YANTEN | Analgésico | 1 |
| | Antiinflamatorio | |
| COGOLLO DE MATA DE FRIJOL | Analgésico | 1 |
| MOTILON (PILU) | Analgésica | 1 |
| ENCENILLO | Analgésica | 1 |
| | higiénica | |
| TOTAL | | 42 |

Fuente: Archivos de investigación, 2016

El uso de medicamentos, en muchos de los casos son automedicados por el conocimiento de las funciones del medicamento o acuden a la farmacia del pueblo comentan el caso y utilizan medicina occidental (Tabla 6).

Tabla 6. Medicina occidental

| MEDICINA OCCIDENTAL | No. FAMILIAS |
|---|--------------|
| Dolex triturar llevar el polvo dentro del diente | 2 |
| Diclofenaco triturar el polvo dentro del diente | 2 |
| Aspirina triturar llevar el polvo dentro del diente | 1 |
| Mejora triturar llevar el polvo dentro | 1 |

| | |
|--|----------|
| del diente | |
| Crema Colgate dentro del diente | 1 |
| Anestesia en crema comprada dentro del diente | 2 |
| TOTAL | 9 |

Fuente: Archivos de investigación, 2016

A parte de las plantas medicinales el conocimiento de otras alternativas en prácticas de salud bucal como; el carbón de roble, carbón de encenillo, tak²², clara de huevo “de gallina de campo recién puesto” agua sal tibia, orines de niños, aguardiente y café amargo (Tabla 7).

Tabla 7. Otras alternativas

| OTROS | PROPIEDADES | CASAS |
|------------------------------------|---|--------------|
| Buches con aguardiente | Analgesica Disminuyes sangrado pos exodoncia | 5 |
| Buches agua sal | Antiinflamatoria | 4 |
| Buches con orines | Antiinflamatoria | 2 |
| Buches con alcohol | Analgesica, desinfectante | 1 |
| Mota de algodón con alcohol | Analgesica | 1 |
| Clara de huevo local | Analgesica Antiinflamatoria | 1 |

²² Tak u Hollín: sustancia negra, muy fina y grasienta, que forma el humo y queda adherida a la superficie por donde este sale.(Real Academia Española ©)

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|----|
| Hollin de cocina a leña (Tak) | Analgésica | 1 |
| Carbón de roble | Higiénica | 1 |
| Carbón de encenillo | Higiénica | 1 |
| Café amargo | Disminuye sangrado pos exodoncia | 2 |
| TOTAL | | 20 |

Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6 Usos de planta medicinal

6.6.1 Plantas medicinales silvestres

Las plantas medicinales más utilizadas por las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia, son utilizadas especialmente para el tratamiento del dolor, inflamación y la cicatrización.

Una de las plantas medicinales silvestres es la salvia se debe emplear en infusión mediante buches después de realizada la exodoncia, disminuye el sangrado, el dolor e inflamación, planta que se puede utilizar sola o combinada con otras plantas medicinales; como por ejemplo la coca, también en otras presentaciones maceradas dentro del diente con caries dental.

6.6.1.1 La Salvia

La hermana y cuidadora de un joven Misak con diagnóstico de parálisis espástica (IMOC colocar en el glosario) con 16 años de edad, lleva en cama desde su nacimiento, refiere como funciones de la salvia en el cuidado de la salud bucal (Fotografía 8).

“Siempre hemos utilizado la medicina tradicional y él nos recomienda utilizar ciertas plantas para hacerle baños eso le ayuda a endurecer la piel como el solo se la pasa en la cama, a Manuel no se le lava los dientes con crema de dientes porque nos

da miedo que se coma la crema, utilizamos hojas de salvia las maceramos con una piedra y revuelto con un poco de agua lo limpiamos con un trapito por todos los dientes en las mañanas y en las noches. Hasta ahora él no ha sufrido por los dientes y no lo hemos llevado nunca al odontólogo porque es muy difícil para sacarlo de la casa”.

Fotografía 8. Cuidadora de persona con discapacidad física y planta medicinal (Salvia)



Fuente: Archivos de investigación, 2016

La esposa y cuidadora de persona con discapacidad sensorial por limitación visual bilateral desde hace 14 años secundaria a su enfermedad de hipotiroidismo son: (Fotografía 9)

“La salvia lo he utilizado para el dolor de diente, bien tostado se desmenuza y se hecha dentro del diente que está dañado y le quita el dolor”

Fotografía 9. Cuidadora de persona con discapacidad sensorial y planta medicina (salvia)



Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.1.2 Hierba mora

Planta medicinal silvestre, utilizada como analgésica, antiinflamatoria y cicatrizante. Las hojas de hierba mora preparadas en infusión mediante enjuague ayuda a detener el sangrado después de una exodoncia, disminuye el dolor, la inflamación y permite una mejor cicatrización, del diente que presenta caries que está causando dolor; y además la semilla de hierba mora macerada dentro del diente para el dolor. (Fotografía 10)

Fotografía 10. Planta medicinal Hierba Mora



Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.1.3 Hojas y flor de Pacunga

Maceradas se obtiene el zumo, y se coloca dentro del diente que presenta caries y en casos de dolor (Fotografía 11).

Fotografía 11. Planta medicinal-Pacunga



Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.1.4 Hoja de yanten y encenillo

Tiene propiedades antiinflamatorias y cicatrizantes preparadas en infusión mediante enjuagues. Las hojas de yanten en plastos en la zona de la inflamación y el carbón de encenillo al igual que el carbón del roble se utilizan para el cepillado y la higiene oral (Fotografía 12,13)

Fotografía 12. Yanten



Fotografía 13. Encenillo



Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.1.5 Flor de Angucho

Macerada se coloca dentro del diente para ayudar a disminuir el dolor (Fotografía 14).

Fotografía 14. Flor de Angucho



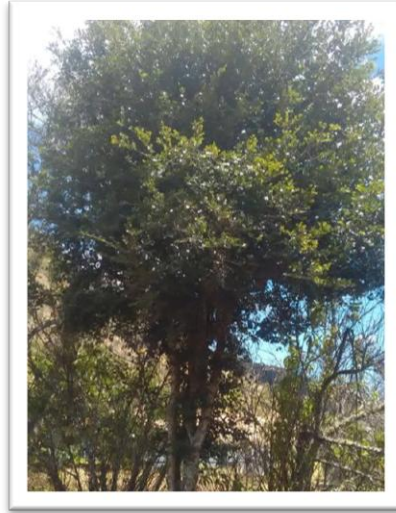
Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.2 Plantas medicinales cultivadas en huertas

Plantas medicinales muy comunes en la huerta de las y los cuidadores de personas con discapacidad del resguardo Indígena de Guambia, son las hojas y raíces de hierbabuena, caléndula, malva, altamisa y arrayan; cumplen las mismas funciones de las plantas silvestres anteriormente descritas en cuanto a disminución de sangrado e inflamación después de una extraído el diente, su modo de preparación en infusión y mediante enjuagues contribuyen a la cicatrización (Fotografía 15 y 16).

Fotografía 15. Plantas medicinales analgésicas, antiinflamatorias y cicatrizantes





Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.2 Hojas de perejil

Atribuyen propiedades para disminuir el dolor, se llevan las hojas del perejil macerado dentro del diente con caries y cuando hay dolor (fotografía 17).

Fotografía 17. Hojas de perejil

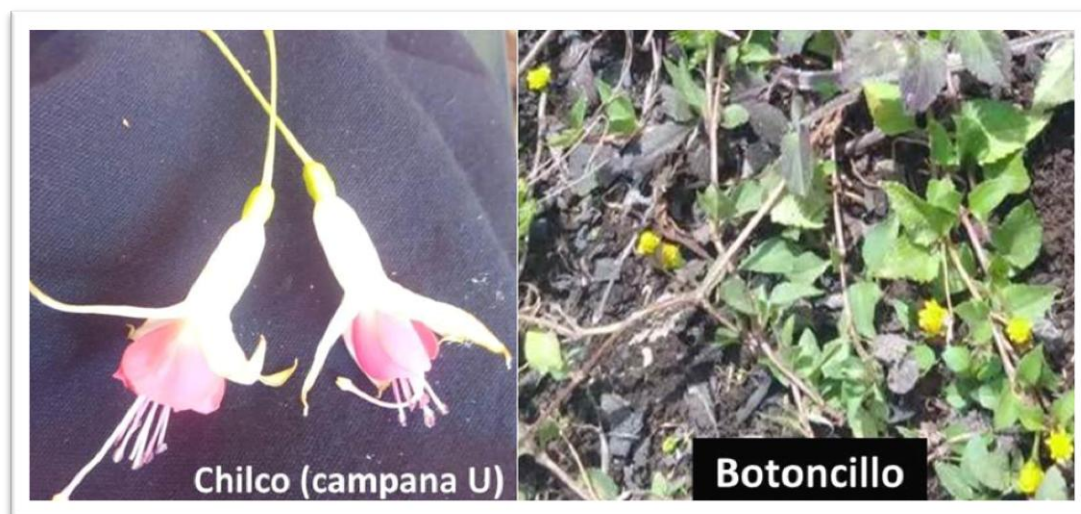


Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.6.3 Flor de chilco y flor de botoncillo

Macerada la flor, se coloca en plastos en la zona de la inflamación (Fotografía 18).

Fotografía 19. Plantas antiinflamatorias preparadas en plastos



Fuente: Archivos de investigación, 2016

Dentro del estudio se resgistro cuidadoras no Misak pero que han vivido siempre dentro del resguardo y muestran el sentido de pertenencia a las costumbres propias de la comunidad Indígena misak

Usos de plantas medicinales

La cuidadora y abuela de un niño de 6 años de edad, con diagnóstico de paraplejia espastica y retraso de neurodesarrollo, habitantes de la vereda del Alto Mendez, muestra la importancia de la medicina tradicional y sus usos para el cuidado de la salud bucal (Fotografía 19).

“Hasta ahora cojo la raíz de hierba buena, toca lavarla muy bien machacarla bien machacadita y la pone a hervir muy bien se llevan cucharadas de esa agua la tiene ahí, la tiene ahí, quita el dolor de la sacada de muela, también esta la mazanilla, el cedron preparas en infusión y se hacen buches ayuda a refrescar, la mejorana es desinfectante. La flor de botoncillo lo machuca y lo pone en plastos amarrado con un trapo donde esta la inchazon, también la flor de angucho esa es del paramo es de aca del monte se coloca adentro del

diente, la pepital de hierba mora se coloca allí donde le duele calma por un rato, Pero yo digo que para el dolor de muela no hay como llevarlo a odontología paque le coloquen un sellante y santo remedio”

Fotografía 19. Cuidadora y plantas medicinales



Fuente: Archivos de investigación, 2016

EL cuidador y esposo de una persona con artritis reumatoide degenerativa, quien lleva 14 años inmovilizada actualmente con 65 años de edad, también conoce y practica la medicina tradicional de la comunidad Indígena Misak, refiere de una planta que tiene propiedades anestésicas (Fotografía 20)

“Es una planta medicinal que solo se dan en las montañas en el páramo conocido en español como canela de paramo y en namrik kΘrΘstik del tronco del árbol se pela y eso se trae, se guarda se tiene guardado en la casa para cuando se llegue a necesitar, se coloca dentro del diente que está dañado y causando dolor hace que se adormezca y el dolor se vaya”.

Fotografía 20. Cuidador y planta medicinal (canela de páramo)



Fuente: Archivos de investigación, 2016

6.7 Alternativas diferentes a plantas medicinales

Empleadas como tratamiento para mantener la salud bucal por las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores del Resguardo Indígena de Guambia.

Cuidadora de dos personas con discapacidad sensorial; abuela de una niña con 8 años de edad con discapacidad auditiva y del hermano de 63 años con discapacidad visual. Refiere como propiedades del hollín en español en namrik tak: (acepta entrevista en lengua propia namrik)

NAMTRIK:

“Nachaku tak: tap pθntθshik maripe trukul pusrpkuapikwan ketrapik-kθn pureipik-kθn. trukul-trapyu kepetθpen kape pusren takpe mθ kθpik-kθn.”

ESPAÑOL:

“El tak es lo que se va formando en la cocina con el tiempo por el humo y el polvo, cuando la muela comienza a doler y está dañada uno coge de ese tak y lo pone dentro de la muela así le alivia el dolor” (Fotografía 21).

Fotografía 21. Cuidadora - Tak de cocina



Fuente: archivos de investigación, 2016

7. DISCUSIÓN

La práctica de los saberes en el cuidado de la salud bucal es fundamental dentro de las comunidades indígenas en Colombia. Estudios anteriormente realizados muestra la importancia del uso de la medicina tradicional, Según Emilia Ochoa en el año 2014, realiza un estudio dentro de la comunidad indígena Zenúes, y da conocer las tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas. Prácticas en salud bucal donde Empleaban la hoja de limoncillo y el carbón de leña para limpiarse los dientes. De la misma manera se pudo encontrar en comunidad indígena Misak; prácticas realizadas para el cuidado de la salud bucal con propiedades higiénicas ; a base de medicina tradicional; donde empleaban la hoja de salvia, el carbón de el árbol de roble o encenillo.

Bover en el año 2004 en su estudio da a conocer las funciones de los cuidadores de personas con discapacidad. Refiriéndose a tal función como un compromiso y acción dirigida hacia el bienestar de otros, ha sido asumido tradicionalmente en todas las culturas como un rol ligado al género femenino; el cuidado la sociedad ha contribuido de forma definitiva a la invisibilidad y desvalorización del cuidado prestado por las mujeres. Como también fue encontrado en esta investigación dentro de la comunidad Indígena Misak, la desigualdad de género donde las mujeres cumplían múltiples actividades incluyendo la función del cuidador

Según la UNO en la convención de las personas con discapacidad en el artículo 1 del año 2006 contempla: Las personas con discapacidad son aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Para las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad de la comunidad Indígena Misak, el término discapacidad era claro; lo relacionaban con personas especiales, quienes por su condición estaban limitados a realizar ciertas funciones que normalmente ellos, quienes no tenían la misma condición la hacían, entendían la discapacidad como, personas con diferente talentos pero iguales que ellos la discapacidad no como una enfermedad.

De los diferentes estudios realizados en saberes de la salud bucal dentro de comunidades indígenas en Colombia e incluyendo el estudio realizado en la comunidad indígena Misak a comparación de estudios realizados en otros países dentro de comunidades indígenas todos llegaban a la misma conclusión la importancia de las aplicaciones de la medicina tradicional para su pervivencia e identidad como comunidades indígenas. Rodríguez en el año 2014 realiza un estudio con los mayas prehispánicos y sus descendientes donde se habla de algunas plantas de uso medicinal en estomatología (etnobotánica maya) y muestra la persistencia hasta la actualidad. de esa misma forma; Kuwaharak, en el año 2014 en la ciudad de Chile, describen creencias, conocimientos y prácticas en salud oral dentro de una población indígena, quienes en un alto porcentaje

utilizaban remedios naturales y caseros para el tratamiento de la salud bucal. En otro estudio realizado en el año 2008 en Zulia Venezuela, estudio antropológico descriptivo e interpretativo acerca de los significados socioculturales sobre la salud y enfermedad bucal en el pueblo.

De Las plantas medicinales que utilizaban las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad se obtenía en su gran mayoría dentro del resguardo las cuales germinaban de manera silvestre u otras eran plantadas dentro de sus huertas o en ocasiones se adquirían en el mercado porque eran plantas que no germinaban dentro de su región como lo era la coca, su aplicación mediante, enjuagues, en plastos de forma local y maceradas las hojas dentro del diente. Siendo la planta medicinal más empleada por los Indígenas Misak *La Salvia*. Según Edson Ospina en el año.2011, en el estudio realizado dentro de la comunidad indígena Yanacona de los andes del sur de Colombiano hace referencia a la autoatención en salud oral de esta población. Los yanaconas hacían prácticas en salud bucal a base de plantas medicinales que por sus propiedades curativas eran muy útiles dentro de su comunidad, plantas que germinan en el monte, huertas, potreros y eran empleadas en emplastos, cataplasmas, colutorios y su manejo para hacer frente a los padecimientos dentales comunidad indígena que utilizada y conocía las propiedades de la salvia para el cuidado y mantenimiento buco dental.

Estudio donde demuestran que las poblaciones indígenas con discapacidad son doblemente vulneradas, Horner, en el año 2015 dentro de su estudio Tenía el propósito determinar la interseccionalidad de la discapacidad, la raza y el origen étnico y a su vez mirar el estado de salud dental en comparación con la población hispánica, obtuvieron que la raza y el origen étnico influyera en una atención no adecuada para el cuidado de la salud bucal a comparación de la población Hispana. Comparación con el estudio realizado en la comunidad indígenas Misak con discapacidad, se evidencio que las personas con discapacidad tenían poca accesibilidad a los servicios de salud y su estado de salud oral no eran las adecuadas.

De los estudios encontrados en cuanto a los saberes en salud bucal dentro de las comunidades indígenas en Colombia y en el mundo muestra la importancia de rescatar, mantener y transmitir los saberes ancestrales para próximas generaciones, estudios enfocados a comunidades indígenas, rurales y urbanas en las que pervive el uso de plantas medicinales, también estudios donde analizan el estado bucal de las personas con discapacidad de personas indígenas; Pero no se encontraron estudios enfocados a comunidades indígenas donde habitaran personas con discapacidad y en ellas se empleen y analice las propiedades de las plantas medicinales en el mantenimiento y cuidado de la salud bucal, lo que permitió adentrarnos dentro del resguardo de guambia y conocer sus costumbres, usos y saberes para el mantenimiento y cuidado de la salud bucal practicas realizadas por las de las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad de la comunidad Indígena Misa

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Los derechos de las personas con discapacidad han sido vulnerados por la falta de atención odontológica sin embargo se recurre a la práctica de la medicina tradicional que utilizan las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores para solucionar las necesidades odontológicas y para el mantenimiento de salud bucal.

La concepción sobre discapacidad está basada especialmente en el modelo médico, sin embargo se alcanza a denotar que también se toma en cuenta el modelo social.

Los estudios cualitativos y descriptivos de tipo fenomenológico, contribuyen al entendimiento, comprensión y análisis sobre discapacidad, salud bucal y develamiento de las diferentes prácticas que utilizan las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores.

La resignificación del rol de las y los cuidadores y sus saberes en salud bucal contribuye al mantenimiento y cuidado de la salud bucal de las personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia.

La salud bucal para las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores con discapacidad no tenía tanta relevancia, muchas de ellas, desconocían la atención odontológica, utilizaban la crema y cepillo si se contaba con los recursos o recurrían al uso de plantas medicinales que contribuían al mantenimiento la higiene oral.

El uso de plantas medicinales para la salud bucal, es en primera medida un coadyuvante para las personas con discapacidad del Resguardo Indígena de Guambia.

La concepción de la discapacidad para las y los cuidadores de personas con discapacidad y autocuidadores; relacionaban la discapacidad como el estado de la enfermedad que impide que la persona pueda realizar labores que ellos estando con salud la realizan.

La visión de los fundamentos del sistema médico indígena presentados en esta y otras investigaciones, se convierten en insumos valiosos para formalizar modelos de atención en salud bucal acordes con las especificidades de la comunidad indígena Misak.

La comunidad indígena Misak exhibe un inestimable cúmulo de prácticas en cuidado de la salud bucal por parte de los cuidadores, las cuidadoras de personas con discapacidad y autocuidadores; sapiencias sobre el cuerpo

humano, el equilibrio con la naturaleza y la comunicación con seres espirituales, este reconocimiento de las voces indígenas de su riqueza cultural es precisa para transversalizar la interseccionalidad en la atención en salud bucal para indígenas Misak con discapacidad.

7.2 Recomendaciones

Generar sentido de pertenecía en las autoridades mayores (cabildo) del resguardo de Guambía, centros de atención hospitalaria y comunidad Misak en general hacia las personas con discapacidad, de esta manera se orienten programas de atención en salud y educación incluyente.

En próximos estudios realizables dentro del resguardo de Guambia se debe tener en cuenta: los lineamientos de las autoridades mayores, los usos y costumbre propios de la región sin imposición de la ciencia sobre las creencias.

Socializar, devolver o restituir los productos de las investigaciones (fotos o videos) de manera obligatoria a las comunidades que han participado en investigaciones sobre saberes y tradiciones.

Continuar con el conocimiento de los saberes en salud bucal de las y los cuidadores y personas con discapacidad, para que no sean solamente utilizadas con fines académicos e investigativos.

El Sistema Nacional de Educación Superior, encabezado por la Universidad Nacional de Colombia reconozca, proteja, promuevan los conocimientos ancestrales, tradicionales y populares en salud bucal.

Preparar a los estudiantes desde su formación académica proporcionando una adecuada atención en salud a partir personas tolerantes a las diferencias culturales, proponiendo una horizontalidad de los saberes ancestrales con los científicos

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Cultura República de Colombia. Misak (Guambianos), la gente del agua, del conocimiento y de los sueños; 1810 – 2010.
2. Organización nacional Indígena de Colombia (ONIC) [Internet]. <http://www.onic.org.co/pueblos>
3. Ministerio de Trabajo. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. estudio de perfil productivo rural y urbano del Municipio de Silvia; 2013.
4. Tunubalá F, Muelas J. Segundo plan de vida de pervivencia y crecimiento Misak. Mananasrøkurri mananasrønkatik Misak waramik. 2008; 168.
5. Vargas G. La cosmovisión de los pueblos Indígenas. Investigadora y profesora de la Facultad de Historia, Universidad Veracruzana, Zozocolco; 2000; 108.
6. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1618. Por medio de la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. Feb 23, 2013 p. 24.
7. Naciones Unidas (UNO). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Protocolo Facultativo. Nueva york; adoptado/a 13 de diciembre 2006.
8. Naciones Unidas (UNO), Consejo Económico y Social. Situación de los pueblos indígenas en peligro de extinción en Colombia. Nueva York, 16 a 27 de mayo de 2011.
9. Grandas, Á. La discapacidad en perspectiva interseccional, una ruta para transversalizar la inclusión epistémica en pregrados de Odontología. [Tesis de Maestría]: Universidad Nacional de Colombia; 2015.
10. Cabildo de Guambia autoridad ancestral del pueblo Misak territorio wampia. Por la defensa del derecho mayor, patrimonio del pueblo Misak. Silvia Cauca; 2012
11. Ortiz Calderón M. La labor del cuidador del niño en situación de discapacidad crónica y el impacto de la rehabilitación sobre esta labor [Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Especialista en: Medicina Física Y Rehabilitación]. Bogotá, Universidad Nacional De Colombia. Facultad De Medicina Departamento Medicina Física Y Rehabilitación; 2014.

12. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia : niños y niñas con discapacidad; Mayo de 2013
13. Anacona A, Cardona M., Tunubala M. Informe estudio de caracterización de pueblos indígenas: Kofán, Misak Guámbianos, Quichuas, Ingas, Yanaconas, Nasas habitantes de Santiago de Cali. Alcaldía de Cali. 2010; 85
14. Trejo F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* Vol. 11, No. 2: 98-101, 2012.
15. Collado H. Situación Mundial de la Discapacidad, Universidad Nacional Autónoma de Honduras facultad de ciencias médicas UNAH; marzo 2013.
16. Ospina E, bellamy C. Autoatención en Salud Oral en Yanaconas de los andes del sur colombiano. Bogota, Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Salud Familiar Integral, facultad de enfermería. *Rev. ACTA odontológica colombiana*; 2011.
17. Arango J, Iságama M. Flora etnoodontológica de las comunidades Indígenas Embera del Atrato medio Antioqueño. *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2012; 23(2): 321-333.
18. Ochoa E, Patiño K, Pérez C. Tradiciones culturales y prácticas de cuidado bucal en los indígenas zenúes, en Sucre, Colombia, 2011. *Rev Nac Odontol.* 2015; 11(20):47-54.
19. Reyes G. Diálogo de saberes: plantas medicinales, salud y cosmovisiones. Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonia; Bogotá: ARFO Editores e Impresos Ltda., 2009.
20. Jaramillo G, Gaviria A, Gómez MI, Gutiérrez C, Molina R, Pinedo V. El expendedor de plantas de la ciudad de Medellín: su caracterización social y su saber en salud bucal. *Rev Fac Odont Antioq* 2007; 19 (1): 100-112.
21. Aranda L, Perafan C, Mayorga E, Moreno S. Confrontando la cultura hegemónica desde el pensamiento Misak. [Trabajo de tesis de Maestría en Educación desde la Diversidad]: Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Universidad de Manizales; 2015
22. Rengifo H, Corchuelo J. Inequidades en la Atención Odontológica en una Red de Salud en Cali, Colombia. Escuela de Odontología de la Universidad del Valle. Cali, Colombia. *Rev. salud pública.* 11 (4): 526-537, 2009
23. Romañach, J, Lobato, M. Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Foro de Vida Independiente y Diversidad. 2005

24. Coria M. Medicina, cultura y alimentación: la construcción del alimento indígena en el imaginario médico occidental a través de la visión del doctor Francisco Hernández. Universidad del Claustro de Sor Juana, Escuela de Dietética y Nutrición. *An. Antrop.*, 59-77; 2014.
25. Muchavisoy J, Los saberes Indígenas son patrimonio de la humanidad: Universidad Central Bogotá, Colombia; *Nómadas (Col)*, núm. 7, septiembre, 1997, pp. 64-7
26. Alzate Y, Rincón A, Vargas M, Prácticas sociales en la terapia bucal no convencional en los habitantes de una zona rural de Medellín (Colombia). *Rev. CES Odont* 2015; 28(1)
27. Kuwahara K. Creencias, conocimientos y prácticas en salud oral de la población indígena mapuche-williche de isla huapi, región de los ríos. [trabajo de investigación requisito para optar al título de cirujano-dentista]: Santiago – Chile; 2009
28. Tunubala F. Saberes y tradiciones del pueblo misak en relación con el conocimiento científico escolar: las plantas. [trabajo de grado: licenciatura en educación básica con énfasis en ciencias naturales y educación ambiental]: universidad del valle, Santiago de Cali; 2014
29. Sánchez G. Saberes locales y uso de la biodiversidad en Colombia. Sociólogo – Investigador, Fundación Ecotrópico Colombia; 2006
30. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002
31. Pérez M, Argueta A. Saberes indígenas y dialogo intercultural. Universidad Nacional Autónoma de México, *Rev Cultura científica y saberes locales*; 2011
32. UNESCO. Declaración sobre la ciencia y la utilización del conocimiento científico (Conferencia Mundial sobre la Ciencia) Budapest Hungary; 2001
33. Moreno G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9.1 (2008): 93.
34. Sánchez E, Molina H. Documento para la historia del movimiento indígena colombiano contemporáneo. Bogotá; 2010. 1-416

35. Cardona J. Sistema médico tradicional de comunidades indígenas Emberá-Chamí del Departamento de Caldas-Colombia. *Revista de Salud Pública* 14.4 (2012): 630-643.
36. Ministerio de Salud y Protección Social, Estudio Nacional de Salud Bucal IV (ENSAB IV) 2014.
37. Bautista J, Peña A. En las voces del Pishimisak: apuntes etnográficos sobre el tiempo Misak. *Maguaré* 23 (2009).
38. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). 2001
39. Palacios, A. El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CERMI; 2008.
40. Turnbull R, Matthew J. Five Models for Thinking About Disability Implications for Policy Responses. *Journal of disability policy studies* 12.3 (2001): 198-205.
41. Gómez C, Cuervo c. Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Bogotá. 2007 124 p. 978-958-701-852-3
42. Ministerio de Educación Nacional Republica de Colombia. LEY 115 de 1994, Diario Oficial No. 41.214, de 8 de febrero de 1994 Por la cual se expide la ley general de educación.
43. Skliar C. ¿Incluir las diferencias? Sobre un problema mal planteado y una realidad insoportable." *Orientación y sociedad* 8 (2008).
44. Nussbaum MC. Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión. Paidós; 2006, 2013.
45. Bover A. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y a la generación. [Tesis de Doctoral] universitat de les illes balears departament de ciències de l'educació; Palma de Mallorca, abril de 2004.
46. Valdés R. El trabajo de cuidar y la equidad de género en América Latina. Coordinador Residente del Sistema de las Naciones Unidas y Representante del PNUD en Argentina; 2015
47. Aguilar M, Gutiérrez N. Alcaldía Mayor de Bogotá. Proyecto 721: Atención Integral a Personas con Discapacidad, Familias, Cuidadores y Cuidadoras - Cerrando Brechas. Código: F-SG-03. Pag 3; 2015

48. Escobar M, Peñas O. Lineamientos de trabajo con cuidadores en Bogotá Universidad Nacional de Colombia departamento de la ocupación humana grupo de investigación ocupación e inclusión social; 2008
49. Vanegas, B. Habilidad del Cuidador y funcionalidad de la persona cuidadora. Facultad de enfermería, Universidad de la Sabana, Chía Cundinamarca, Colombia 2006
50. López J, y Col. El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud, Madrid -2009
51. Plazas C. Mujer y Discapacidad en Colombia. Alta Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer Boletín No. 14. Pág. 27-29. Bogotá D.C. – Colombia Junio de 2012.
52. Barrera O, Natividad L, Afanador P. Cuidando a los Cuidadores: Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica." *Índex de Enfermería* 15.52-53 (2006): 54-58.
53. Horner W, Disparities k. In dental care associated with disability and race and ethnicity. American Dental Association. Published by Elsevier Inc. All rights reserved. June 2015 Volume 146, Pág 366-374
54. Tombe N. Docente Traductora en lengua propia (Namtrik), docente Instituto agropecuario Gambiano, 2016

9. ANEXOS

| | |
|--|-----------|
| <i>Anexo A. Consentimiento informado</i> | <i>71</i> |
| <i>Anexo B. Folleto</i> | <i>75</i> |
| <i>Anexo C. Acuerdo de confidencialidad.....</i> | <i>76</i> |



Grupo de investigación Salud Infantil

Martrap ISUIK, MAROP TRUKUL MERAN TAP TOKA KOMIK NAMUI MISAK KUANTROTO LINCHA WARAPELEI NUK

SABERES EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD
EN LA COMUNIDAD INDIGENA MISAK (Guambiano) ”

TAP NAN ESHKAWA MARIK

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Na _____, nei
munchitratrikpinakumaikupe, nei turyu tØrkantØ kopen y nei isup weikwan
pØraeshkar:

identificado(a) como aparece al pie de mi firma, en pleno uso de mis facultades
mentales, libre y conscientemente declaro que:

KatØyu eshakaiwan isunanar resolución N° 008430 de 1993, chis Øtsik lincha
wareinuktru wampikolan paya kusrep antrupe, monchi kØtreinchip puraintrapik
kØmØncha.

Manifiesto que se me ha informado que según la resolución N° 008430 de
1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y
administrativas para la investigación en salud, estos procedimientos de
diagnóstico tienen un criterio de Investigación de “Sin Riesgo”, y no generan
efectos negativos a la salud.

TretØwei nan tØrkantØ eshkan, tru payakusreipe kan misakweik asiktØweik
koncha trikumpumantØ tØ chistoka kØmiwan namui misak chinch
kØpenkuantre lincha warapelØ, truyonanchitØ, mantØ tØka amtrap
kuikuantØrkantØ eshkatan. Chi kutri kØntrapkuiwan:

Igualmente he sido informado(a) que el estudio se hará con el fin de desarrollar
la investigación pertinente al proyecto “Saberes en salud bucal de la población

con discapacidad comunidad indígena Misak (Guambiano)” y certifico que ha sido explicado y han sido aclaradas las dudas acerca de los procedimientos. Con el objetivo de:

Asoskamik kusreikwan trikumpu mantoto chis marep komikwan trumisakkuantre shelΘnaship lincha amtrupΘlΘ namui misakweipirau yastau.

-Conocer los saberes sobre el cuidado de la salud bucal de cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca.

Kan- .pΘra eshkamik kutramiktrutrikumpo chis komiwan, aship purukup, amtrupelΘ trumisak kuantrosheilan.

1. Describir las concepciones sobre salud bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) reguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca

wetΘ kΘtramik chiitsupΘlΘ kuiwan tru lincha putrap purΘkopelΘyu trukuantreto lllirap amΘñipelan misakumpu, yastau piraupΘrappa.

2. Conocer el significado de discapacidad para las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) reguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca

PΘra kusremikchitΘ marΘp amtrupelo kuiwan tru trik umpu chis kΘteripekuantrellirap lincha amtrupΘlΘ misakmΘpa lincha wareinukpa yastaupΘrappa

3. Describir las prácticas en salud bucal de las personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) reguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca

PΘra kutramikmantΘto chis marΘp amtrupelΘ kuiwan misak pΘrukup amtruinuk trumisakkuantre tΘ lllirap lincha amtrupelan. Namui misakwareinupa YastaupΘrappa.

4. Describir las prácticas en salud bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) reguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca

Trupayakutripe misakmai lincha warΘtashapkon, kan kannΘmun paya kusremikkotre.

Es una investigación de tipo cualitativo, en el cual se recolectara la información a través de entrevista abierta.

Truna wamintik Θlan, wankementΘrshkailan, mirashyukemΘrilΘ y malΘ meran kemΘrikwan nankuaneshkap, y namuiumpuΘ maramikkon,

Autorizo que las narraciones, resultados de este estudio, audios, videos y fotos necesarias con fines académicos y científicos, a condición de la seguridad que no se identificará al sujeto y se me garantiza la confidencialidad y privacidad de la información.

NantΘrtΘ eshkantrupa ampinuk nachiwān eshkakΘmopene eshkamomik kΘncha, nawamintikpe trupayakutreinuk tΘtΘkakumik kon trupulΘleinuk kusreiyamputΘ eshkamikkon, Universidad Nacional de Comlombiayu .wampik nu kusreik yamerasro.

He sido informado que en el transcurso de la investigación puedo renunciar discrecionalmente a la misma La información obtenida será únicamente utilizada para fines de estudios científicos, póster y publicaciones y hará parte de la base de datos de la Universidad Nacional de Colombia.

Truik payamΘrΘp amtruipe namui namui chikΘpiktΘ kuilan isua payamikΘn trumisakweikupe misakweinteweikontrei srolwampik kutri nΘm marΘn karuikΘmΘntrei.

Esta será una investigación desarrollada para la comunidad teniendo como pilares principales sus costumbres, creencias, conocimientos y formas de vida, para que de esta manera haya una horizontalidad y participación de la comunidad y de cada indígena y lo perciba como propio y no se reconozca como una imposición del saber occidentalizado

Fecha: ____ / ____ / ____.

Firma
proyecto

Testigo: Director del

C.C N° _____ de _____
_____ de _____

C.C N°

DISENTIMIENTO NA KACHAR

Payakutreinuk nape purukumΘntrapchar “KUSREP, MARΘP TRUKUL MERAN TAP TEKA KΘMIK NAMUI MISAK KUA NTRETΘ LINCHA WARAPELEI NUK”

No aceptación de la participación en el proyecto de investigación titulado “SABERES EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD INDIGENA MISAK (Guambiano)”

Truchimarsrap amtruiwane shkapen y poriwanaasha, nanatΘ itsua mu chiteikΘmΘtΘ purΘkumΘntrapkΘtre mitrar tru paya kusrepantruinuk, inchentΘ nantrikyu, trukulmerayu kuantrewan ashippurukup .

En consideración a la información recibida y descrita anteriormente, he tomado la decisión libre y voluntaria de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la participación en el proyecto propuesto, sin que se genere alguna discriminación o diferencia en la calidad y oportunidad al servicio que se acude.

Folleto

¿Cuál es nuestro interés en esta investigación?

- ✓ Conocer los saberes sobre el cuidado de la salud oral, de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) resguardo indígena de Guambia Silvia-Cauca entre enero y julio del 2016
- ✓ Identificar las prácticas y los conocimientos en enfermedad bucal de las cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad de la comunidad indígena MISAK (Guambiano) resguardo indígena Silvia-Cauca

Aspectos para tener en cuenta

*Este proyecto fue revisado por el comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional y el cabildo del resguardo indígena de Guambia y aceptado porque cumple con la normatividad exigida para la investigación en salud.

*Las actividades a realizar no generan efectos sobre las personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano), por el contrario va a contribuir en el cuidado de la salud bucal de estas personas y la conservación de saberes mediante las prácticas realizadas por las cuidadoras y cuidadores.




Grupo de Investigación Salud Infantil

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

SABERES EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD COMUNIDAD MISAK (Guambiano) RESGUARDO INDIGENA DE GUAMBIA SILVIA- CAUCA ENTRE ENERO Y JULIO DEL 2016

RESPONSABLE DEL PROYECTO

Dra. Sandra Milena González ~~valanda~~
Directora: Dra. Ángela Liliana Grandes
Codirectora: Dr. Herney Rengifo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología
Posgrado de Estomatología Pediátrica y Ortopedia Maxilar
Bogotá
2015



Agradecemos su colaboración en este proyecto

Cualquier inquietud llámenos al teléfono: 3127922462 escribanos a los correos: smgonzalez@unal.edu.co - algrandesr@bt.unal.edu.co

QUIEN SE BENEFICIA CON ESTE PROYECTO?

Las personas con discapacidad de la comunidad Misak

Las cuidadoras y cuidadores de las personas con discapacidad de la comunidad Misak (Guambiano)

Profesionales del área de la salud, y en especial los miembros del área de la salud oral

Los ~~misak~~ (Guambiano) son un Pueblo organizado en su propio territorio, que goza de su autonomía y es respetuoso de la naturaleza e identidad que dignifica su forma de vida.

¿Qué se lograría con este proyecto?

Divulgar los saberes de cuidadores y cuidadoras sobre el cuidado en salud oral de personas con discapacidad de la comunidad MISAK (Guambiano) resguardo indígena de Guambia, Silvia-Cauca, en el ámbito odontológico para la interacción de los profesionales de la salud bucal y la comunidad indígena.




Que son los saberes de la comunidad Misak (Guambiano)?

Son la identidad de su gente, sus prácticas, sus costumbres. El día a día de un pueblo milenario que se resiste ante los cambios la sociedad.

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD PARA QUIENES PARTICIPAN EN PROCESOS DE
INVESTIGACIÓN**

Yo, SANDRA MILENA GONZALEZ YALANDA, mayor de edad y vecino(a) de POPAYAN CAUCA identificado(a)

con cédula de extranjería 48575821 Expedida PIENDAMO CAUCA, en mi condición

—

de ESTUDIANTE DE POSGRADO DE ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA Y ORTOPEDIA MAXILAR de la Facultad de Odontología, he aceptado formalmente trabajar en el proyecto denominado **“SABERES EN SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD EN LA COMUNIDAD INDIGENA MISAK (Guambiano)”**. Por lo anterior declaro que conozco que este tema de trabajo hace parte de la línea de investigación SALUD INFANTIL de (el o la) docente de planta DRA. ANGELA GRANDAS RAMÍREZ de la Universidad Nacional de Colombia. Por tal razón, consciente que en el desarrollo de mi trabajo podré usar información privilegiada previamente lograda, propiedad de la Universidad y con características y usos potenciales promisorios y que igualmente, es posible que en mi trabajo se alcancen resultados e informaciones de interés para el futuro del proyecto de investigación, me comprometo a manejar de manera confidencial los resultados y demás información relativa a mi trabajo de investigación, atendiendo especialmente lo consignado en las siguientes cláusulas:

- 1 Aplicar el manejo confidencial a toda la información que se me suministre con esas características como insumo para el desarrollo del trabajo y extender ese tratamiento a los resultados alcanzados, reportándolos solamente al director del trabajo.
2. No emplear la información relacionada con mi trabajo, o cualquier otra referida al proyecto de investigación, en beneficio propio o de terceros mientras conserve sus características de confidencialidad o mientras sea manejada como proyecto de investigación.
3. Informar clara y lealmente si en cualquier momento en el desarrollo del trabajo surgen intereses de mi parte que riñan con el interés de la Universidad. Se entiende por tal, cualquier intención más allá del ámbito académico que entre en conflicto con los intereses económicos o sociales que pudieren derivarse de la aplicación de los resultados de investigación. El acatamiento de este punto no implica necesariamente rompimiento del acuerdo si no reordenamiento de la relación.

4. Aceptar que cualquier publicación relacionada con el trabajo de investigación requiere la autorización del director del proyecto y que en ejercicio de mi Derecho de Autor autorizaré por escrito la publicación o divulgación de mis aportes en cualquiera de sus modalidades (ponencia oral, poster, Internet, etc.), a cambio de lo cual se reconocerá mi participación (autoría total o parcial) en la elaboración del proyecto según el rol desempeñado. Esta previsión incluye el texto, las ilustraciones y los datos contenidos en mi trabajo de grado, aunque no limita mi autonomía para la redacción de la obra.

5. Las anotaciones o correcciones del director y/o del comité revisor deberán ser atendidas y se relacionarán exclusivamente como información confidencial o susceptible de protección. Esta previsión deberá aplicarse igualmente al texto que constituirá el trabajo o tesis de grado.

6. Fijar como vigencia del presente acuerdo el tiempo de ejecución del trabajo y cinco años después de concluido y/o hasta la publicación de los resultados. No obstante, si la Universidad requiriese ampliar ese plazo sobre alguna información que se llegue a conocer, aceptaré una prórroga por el mismo término de cinco años con tan sólo se me notifique por correo electrónico.

7. Con relación a la propiedad intelectual y los derechos de autor para uso o publicación de los productos de los procesos investigativos se regirán por el estatuto de propiedad intelectual de la Universidad vigente o los reglamentos estipulados para tal fin.

Los compromisos y derechos aquí previstos se encuentran regidos por la legislación, los reglamentos y la doctrina vigente en Colombia, como es posible confrontar en: La Ley 23 de

1982, Decisión 351 CAN, Circular 06 de 2002 DNDA, artículo 308, Ley 599 de 2000, Ley 256 de

1996, Decisión 486 de la CAN, Tit. XVI, Acuerdo 035 de 2003 C.A.

En constancia y refrendación de lo declarado suscribo libremente el presente acuerdo, a los

18 días del mes de ENERO de 2016 en la ciudad de Bogotá.

Firma del Participante

Nombre: Sandra Milena
González

Cédula ciudadanía 48575821

Avala:

Firma Docente de Planta Director del Proyecto

Nombre: Angela I Grandas R
Cédula: 52589724

Firma Docente Ocasional Codirector del Proyecto

Nombre: Herney Alonso Rengifo Reina

Cédula: 94493894